



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS

**PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SALVADOR**

FEIRA DE SANTANA - BA

2018

RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS

**PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SALVADOR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas.

Orientadora: Prof^ª Dra. Silvone Santa Bárbara da Silva

FEIRA DE SANTANA - BA

2018

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Santos, Renata Suellen Nogueira

S238p Práticas de vigilância em saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um distrito sanitário de Salvador./ Renata Suellen Nogueira Santos. – 2018.

155f.: il.

Orientadora: Silvone Santa Bárbara da Silva

Dissertação (mestrado) –Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

I.Promoção da saúde – Salvador, Ba. 2.Intersetorialidade. 3.Saúde Pública. 4.Problemas de saúde. I.Silva, Silvone Santa Bárbara da, orient. II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614 (814.2)

RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS

**PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SALVADOR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 23 de agosto de 2018. Feira de Santana-BA.

**ATA DA QUINQUAGÉSIMA OITAVA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA PELO Mestrado
PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – BA.**

BANCA EXAMINADORA



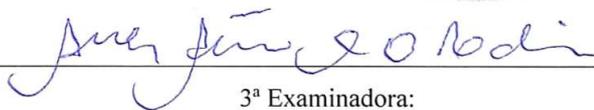
1ª Examinadora e Presidente:

Profª Drª Silvone Santa Bárbara da Silva / UEFS



2ª Examinadora:

Profª Drª Liliana Santos /ISC- UFBA



3ª Examinadora:

Profª Drª Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues / UEFS

SUPLENTES

Dra. Sara Emanuela de Carvalho Mota

Doutora em Saúde Coletiva/ Instituto de Saúde Coletiva/UFBA.

Profª. Dra. Erenilde Marques de Cerqueira

Doutora em Medicina e Saúde/UFBA, professora da UEFS.

Aos meus pais e meu irmão, por serem abrigo e morada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter abençoado mais esse projeto em minha vida, sustentando-me com força e fé em todas as dificuldades enfrentadas.

Aos meus pais e meu irmão, por serem a base de tudo, por todo amor e apoio em cada momento de minha vida. Ao meu pai, pela companhia em grande parte dessa jornada do mestrado. À minha mãe, pelas orações e cuidado. Ao meu irmão, porque sabemos que podemos contar um com outro sempre.

Aos demais familiares, pela torcida e apoio, em especial, a Nádia, por ter me acompanhado no início de tudo, quando fui fazer a prova do mestrado.

Aos amigos, que souberam compreender as ausências, pelo apoio e palavras de incentivo. À Ana, quem mais escutou minhas reclamações sobre o tempo. À Claudia e Francine, por terem sido importantes em um momento decisivo em que quase deixei de fazer a prova do mestrado, dando o incentivo para que eu acreditasse ser possível.

Às colegas da UNEB, em especial Carol, Mari e Taty, pelo incentivo diário, a atenção ao escutar minhas angústias e por compreenderem as ausências, especialmente, a ausência nos últimos meses. Ao Professor Ubiratan, pelo apoio e por oportunizar que eu tivesse tempo de conciliar o trabalho e os estudos.

Aos colegas do Distrito Sanitário Cabula-Beirú, em especial, a Janine pela ajuda em superar alguns entraves da gestão durante a realização do curso.

À Professora Silvone, por dividir seu conhecimento e experiência a cada orientação e pela confiança no meu trabalho.

À coordenação do mestrado e aos professores, pela disposição em partilhar seus conhecimentos e contribuírem de forma fundamental com a minha formação. Ao Jordan, por estar sempre disponível a nos ajudar e dar um pouco de leveza diante das burocracias do curso.

Aos colegas do mestrado, por partilharmos essa jornada apoiando uns aos outros e compartilhando conhecimentos e experiências, em especial a Larissa, minha duplinha, pela amizade construída ao dividir mais de perto as dores e delícias de todo esse percurso.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, por dividir suas experiências, dificuldades e conquistas de fazer o SUS acontecer.

Aos usuários, pela permissão de escutá-los e por acreditarem que suas vozes poderiam ser ouvidas e refletirem em melhorias para o coletivo.

A todos, minha gratidão por estarem juntos na caminhada.

*“Todo jardim começa com um sonho de amor.
Antes que qualquer árvore seja plantada
ou qualquer lago seja construído,
é preciso que as árvores e os lagos
tenham nascido dentro da alma.
Quem não tem jardins por dentro,
não planta jardins por fora
e nem passeia por eles...”*

(Rubem Alves)

RESUMO

A Vigilância em Saúde propõe que os serviços e as práticas de saúde sejam organizados a partir das necessidades de saúde dos territórios e das populações e articulados intersetorialmente com outros serviços e políticas, de modo a produzir mudanças na realidade sanitária brasileira. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar os discursos sobre as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de um estudo exploratório, que teve como cenários a sede administrativa do Distrito Sanitário e uma Unidade de Saúde da Família. Os participantes selecionados foram: os gestores do Distrito Sanitário e os trabalhadores e usuários da unidade de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e análise documental. Para a análise dos achados utilizamos mapas de associação de ideias e uma matriz de análise de documentos. Os resultados foram apresentados em dois artigos, intitulados: *Sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade* e *Práticas de vigilância em saúde na perspectiva do território, dos problemas de saúde e da intersetorialidade em um Distrito Sanitário de Salvador*. No primeiro artigo, os resultados apontaram que predominou entre os entrevistados o sentido de território-processo, definido por sua dinamicidade e aspectos sociais. Sobre os problemas de saúde, foram identificados dois sentidos: problemas de estado de saúde, atribuídos por profissionais e gestores, e problemas dos sistemas e serviços, atribuídos por usuários. Enquanto profissionais e gestores associaram a intersetorialidade ao trabalho em equipe multiprofissional e à perspectiva intrasetorial, os usuários demonstraram pouco conhecimento sobre as atividades intersetoriais desenvolvidas na unidade. No segundo artigo, os resultados apontaram que apenas entre os profissionais da equipe de Saúde da Família predominou a identificação de instrumentos utilizados em suas práticas para conhecimento do território e reconhecimento a comunidade como informantes nesse processo. A comunicação entre profissionais foi identificada pelos entrevistados como principal instrumento para conhecimentos dos problemas de saúde, com baixa incorporação da análise dos sistemas de informação e de documentos para subsidiar as práticas. As reuniões foram apontadas pelos entrevistados como instrumento para enfrentamento dos problemas, porém sem associação com o planejamento. As práticas intersetoriais revelaram-se limitadas a parcerias com a educação, sendo apontadas entre as dificuldades para seu desenvolvimento: problemas na comunicação, falta de materiais e baixo

envolvimento dos profissionais. A pesquisa mostrou que há necessidade de maior incorporação do sentido de território-processo na compreensão dos problemas de saúde e no desenvolvimento de práticas intersetoriais. A participação e o interesse da comunidade nas ações desenvolvidas pelas unidades de saúde apresentaram-se como uma potencialidade para o fortalecimento das práticas de saúde. Compreendemos que se faz necessário o apoio técnico para que as equipes de Saúde da Família incorporem a análise dos sistemas de informação e de documentos na sua prática, assim como, é fundamental o fortalecimento dos espaços coletivos de discussão e construção de estratégias e de parcerias para enfrentamento dos problemas no território.

Palavras-chave: Práticas de vigilância em saúde, Território, Problemas de saúde, Intersetorialidade

ABSTRACT

Health Surveillance proposes that health services and practices be organized based on the health needs of the territories and populations and articulated intersectorally with other services and policies, in order to produce changes in the Brazilian sanitary reality. This study aimed to analyze the discourses about the practices of health surveillance related to the territory, health problems and intersectorality within the scope of the Family Health Strategy (ESF) in the Cabula-Beirú Sanitary District in Salvador. This is a qualitative research and an exploratory study, which was based on the administrative headquarters of the Sanitary District and a Family Health Unit. The selected participants were: the Health District managers and the workers and users of the health unit. Data were collected through a semi-structured interview and documentary analysis. To analyze the findings, we used idea association maps and a document analysis matrix. The results were presented in two articles, entitled: *Senses attributed by professionals, managers and users on territory, health problems and intersectorality* and *Surveillance practices in health in the perspective of the territory, health problems and intersectorality in Sanitary District of Salvador*. In the first article the results indicated that the sense of territory-process, defined by its dynamicity and social aspects, predominated among the interviewees. About health problems, two meanings were identified: problems of health status, attributed by professionals and managers, and problems of systems and services, attributed by users. While professionals and managers associated intersectorality with multiprofessional team work and the intrasectoral perspective, the users showed little knowledge about the intersectoral activities developed in the unit. In the second article, the results pointed out that only among professionals of the Family Health team were the identification of instruments used in their practices for knowledge of the territory and recognition of the community as informers in this process. The communication among professionals was identified by the interviewees as the main tool for understanding health problems, with a low incorporation of the analysis of the information systems and documents to subsidize the practices. The meetings were pointed out by the interviewees as an instrument for coping with the problems, but without any association with the planning. Intersectoral practices have been limited to partnerships with education, being identified among the difficulties for their development: communication problems, lack of materials and low involvement of professionals. The research showed that there is a need for greater incorporation of the sense of territory-process in the understanding of health problems and in the development

of intersectoral practices. The participation and interest of the community in the actions developed by the health units presented as a potential for the strengthening of health practices. We understand that technical support is necessary for Family Health teams to incorporate the analysis of information systems and documents into their practice, as well as it is fundamental strengthening the collective spaces of discussion and construction of strategies and partnerships for coping with problems in the territory.

Keywords: Surveillance practices in health, Territory, Health problems, Intersectoriality

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estudos referenciados para os descritores práticas de vigilância em saúde, território, problemas de saúde e intersetorialidade	116
Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados dos grupos G01 e G02	48
Quadro 3 - Caracterização dos entrevistados do grupo G03	49
Quadro 4 – Versão resumida do mapa de associação de ideias referente aos sentidos sobre o território para o grupo G01	53
Quadro 5 - Matriz de análise de documentos	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de estudos encontrados relacionando práticas de vigilância em saúde, território, problemas de saúde e intersetorialidade, segundo fonte de pesquisa, junho 2017 115

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico e Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	16
2 MARCO TEÓRICO	23
2.1 CONCEPÇÕES SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE	23
2.2 PRÁTICAS NO SUS NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	26
2.3 DIMENSÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	30
2.3.1 Território	31
2.3.2 Problemas de saúde	34
2.3.3 Intersetorialidade	37
2.4 O DISTRITO SANITÁRIO E SUA INTERFACE COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	41
3 METODOLOGIA	44
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	44
3.2.1 O Distrito Sanitário Cabula-Beirú	45
3.2.2 A Unidade de Saúde da Família	46
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	47
3.4 COLETA DE DADOS	50
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	51
3.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1 ARTIGO 1 - Sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade	57
4.2 ARTIGO 2 - Práticas de vigilância em saúde na perspectiva do território, dos problemas de saúde e da intersetorialidade em um Distrito Sanitário de Salvador	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	114
APÊNDICE A – Estado da arte	115
APÊNDICE B – Estudos analisados na pesquisa sobre o estado da arte	116
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o G01 e G02	120
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semi-estruturada para usuários	123

APÊNDICE E - Mapas de associação de ideias	125
APÊNDICE F - Matriz de análise de documentos	144
APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido para o G01 e G02	148
APÊNDICE H - Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários	149
ANEXOS	
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	151
ANEXO B – Parecer da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador	155

APRESENTAÇÃO

Apresentamos este trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva em que relatamos o percurso empreendido na realização da pesquisa intitulada *Práticas de Vigilância em Saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário de Salvador*. O texto está organizado em 5 partes principais: **introdução**, com as considerações iniciais sobre o tema, o estado da arte e os objetivos de pesquisa; **marco teórico**, em que são discutidos aspectos conceituais que dão suporte aos achados por meio das ideias de diferentes autores sobre as práticas de saúde e de vigilância em saúde, especialmente no contexto da Atenção Básica e da Saúde da Família, incluindo assim a discussão sobre o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade, enquanto dimensões das práticas de vigilância em saúde, além de considerações sobre o Distrito Sanitário; **metodologia**, em que apresentamos o percurso metodológico empreendido durante o estudo; **resultados**, apresentados na forma de dois artigos intitulados: *Sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade* e *Práticas de vigilância em saúde na perspectiva do território, dos problemas de saúde e da intersetorialidade em um Distrito Sanitário de Salvador*; e **considerações finais**, parte em que buscamos refletir sobre as limitações e potencialidades do estudo e propor recomendações para os serviços.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem apresentado nas últimas décadas um quadro sanitário complexo e desafiador, com a permanência de alta morbidade por doenças transmissíveis e outros agravos associados à precariedade das condições de vida e do saneamento básico, o desafio das condições crônicas e o forte crescimento das causas externas, esses últimos mais relacionados a padrões socioeconômicos e culturais. Esse quadro particular de transição epidemiológica tem sido chamado de tripla carga de doenças (MENDES, 2010).

Para o enfrentamento desse contexto, compreendemos que os serviços de saúde devem ser organizados a partir das necessidades de saúde dos territórios e das populações e articulados intersetorialmente com outros serviços e políticas, buscando produzir mudanças efetivas nos processos de saúde-doença e na realidade sanitária brasileira.

Essa é a proposta da Vigilância em Saúde¹, surgida no início dos anos 1990, enquanto um modelo assistencial alternativo que busca dar conta da integralidade da atenção à saúde, e foi difundido no País pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com a participação de docentes de instituições de ensino e pesquisa, com destaque para o grupo ligado ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (VILASBÔAS, 1998).

Trata-se, na perspectiva de Mendes (2006), de recolocar o espaço do coletivo na expressão das doenças e integrar estratégias de ações individuais e coletivas, assentando-se sobre três pilares: território, problemas de saúde e intersetorialidade, consideradas nesse estudo como dimensões da Vigilância em Saúde.

Nesse sentido, o território deve ser compreendido como um espaço em construção, um território-processo que não se limita a aspectos físicos e geográficos, mas é, antes de tudo, lugar da vida e de tensão entre diferentes atores sociais, que precisa ser adentrado e desvendado pelas equipes de saúde, de modo a conhecer seus problemas (MENDES et al., 1995).

¹ Também denominada Vigilância à Saúde ou Vigilância da Saúde, pois, como destaca Faria e Bertolozzi (2010), verifica-se na literatura a presença de polissemia no uso deste termo, mantendo-se, entretanto, a base referencial comum nos conhecimentos da epidemiologia e da informação em saúde. Opta-se aqui pelo uso do termo Vigilância em Saúde em função da incorporação em documentos oficiais, como a Portaria nº 1.172/2004 (BRASIL, 2004) que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Ademais, ressalta-se a adoção do termo Vigilância em Saúde, escrito com letras maiúsculas toda vez que se referir ao modelo teórico ou às instâncias organizacionais, e minúsculas quando se fizer referência às práticas, ações ou atividades de vigilância em saúde.

Os problemas de saúde, por sua vez, refletem a percepção, por um ator social, de uma discrepância entre a realidade e uma norma tomada como referência, representando necessidades de saúde que derivam das condições de vida de um território (TEIXEIRA, 2010a).

Compondo as três dimensões da Vigilância em Saúde, a intersetorialidade se apresenta como uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas de saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2000) que considera sua complexidade e a necessidade de múltiplos olhares sobre a realidade, permitindo agregar conhecimentos e recursos de diferentes setores no enfrentamento dos problemas.

Dessa forma, concebemos aqui que as práticas de vigilância em saúde precisam se voltar para o território vivo, onde os problemas têm uma história, uma dinâmica e um contexto, por meio do qual podem ser construídas as soluções para os problemas de saúde, a partir dos recursos do próprio território, de seus atores e de sua rede de serviços.

No campo da saúde o termo vigilância tem suas origens associadas às ações de quarentena e isolamento de doentes e de saneamento do meio para controle de epidemias. No Brasil, no século XIX e início do século XX, as epidemias eram frequentes, levando à instituição de medidas de controle, como a vacinação obrigatória, que assumiu um caráter policialesco e gerou grande revolta popular (SILVA, C., 2013).

Em complemento, Teixeira e Costa (2012) discutem que a vigilância foi influenciada também pelo contexto da Guerra Fria, com a criação dos serviços de inteligência epidemiológica diante de uma possível guerra biológica entre países. De acordo com os autores, a partir desse contexto, foram se desenvolvendo, primeiramente, as práticas de vigilância epidemiológica, cujo termo foi cunhado por Raska no início dos anos 1960, e posteriormente, surgiram os termos vigilância sanitária e ambiental.

Destaca-se, entretanto, que, na perspectiva deste estudo, a Vigilância em Saúde não se trata da mera junção de vigilâncias, indo além, ao propor um modelo de atenção que contemple a integralidade do cuidado, a partir do conhecimento dos riscos, necessidades, determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de um território, e uma atuação que articule ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação à saúde (TEIXEIRA, 2006).

Tal conceito converge com a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assumida na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada na Portaria nº 2436/2017, assim como nas políticas anteriores, como estratégia prioritária para a expansão, qualificação, consolidação e reorganização da Atenção Básica no Brasil, por favorecer a

reorientação dos processos de trabalho em direção a uma maior resolutividade e impacto na situação de saúde da população (BRASIL, 2017)².

Segundo Santos (2006), a Vigilância em Saúde foi incorporada à estrutura da ESF, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Essa, por sua vez, teve início no ano de 1994, concebida como um programa baseado na experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgido em 1991, na região Nordeste, cujo objetivo era atuar sobre a realidade sanitária, a partir da prevenção de riscos e da promoção à saúde.

Para Santos e Melo (2008), a ESF foi concebida como estratégia para modificar as práticas sanitárias por estar próxima do território, conhecer as famílias e seus problemas e ter condições de intervir oportunamente sobre os determinantes do processo saúde-doença. Diante disso, defendem as autoras que a reorientação das práticas de saúde envolve a incorporação das atividades de vigilância no cotidiano das equipes de saúde.

A atribuição dos profissionais da Atenção Básica de executar ações de vigilância em saúde permanece na PNAB 2017, sendo considerada condição essencial para o atendimento das necessidades de saúde da população na perspectiva da integralidade. Para isso, as equipes têm entre suas atribuições: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, cadastrar e manter atualizado o cadastramento dos indivíduos e famílias, realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita na unidade de saúde e em outros espaços, responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado, entre outras (BRASIL, 2017).

São, portanto, atribuições convergentes com o conceito de Vigilância em Saúde desenvolvido por Mendes (2006), que será adotado como conceito guia para esta pesquisa, cujo objeto remete às práticas de vigilância em saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) em um Distrito Sanitário, na perspectiva do território, dos seus problemas e da intersetorialidade.

Para isso, adotamos do ponto de vista teórico as contribuições de Mendes-Gonçalves (1994; 2017a, 2017b), para quem as práticas de saúde são práticas sociais e podem ser definidas enquanto processos de trabalho constituídos por componentes que se interligam: objeto, instrumentos, agentes e finalidade, além da atividade propriamente dita.

² Embora a atual portaria mantenha a ESF como estratégia prioritária para a Atenção Básica, entre as críticas que são feitas está a de que ao incorporar outras possibilidades de estratégias de equipes representa um retrocesso e uma ameaça à ESF como proposta de reorganização da atenção à saúde. Sobre isso consultar: 3ª edição do boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV), disponível em: < <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/> > Acesso em: 20 abr. 2018.

Segundo Junges e Barbiani (2013), o objeto do processo de trabalho em saúde refere-se aos problemas e às necessidades de saúde, e o modelo da Vigilância em Saúde, por sua vez, é um meio para reorganização desse objeto, tendo o território, os problemas de saúde e a prática intersetorial como referência.

Assim, tanto a Atenção Básica quanto a Vigilância em Saúde buscam a reorganização das práticas de saúde, e juntas apontam para modos de “fazer” vigilância em saúde a partir dos seguintes atributos: vínculo e corresponsabilização entre equipe e comunidade, compreensão da família em seu contexto de vida, responsabilização sanitária com a população adscrita e práticas extramuros voltadas para o território (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A literatura, entretanto, tem apontado dificuldades na integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, o que ocasiona fragilidades nessas áreas consideradas estratégicas para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o Ministério da Saúde, apesar dos avanços na organização da Atenção Básica e da descentralização das ações de vigilância em saúde, persistem muitos problemas na gestão e organização dos serviços, diante do que são necessárias mudanças nos processos de trabalho (BRASIL, 2009).

Para Pessoa e outros (2013), a mudança nos serviços e nas práticas de vigilância em saúde deve ter início com a territorialização do sistema local de saúde, entretanto, como discutem os autores, essa territorialização tem se limitado a elaboração de mapas com áreas de risco, cuja função é organizar e gerenciar o serviço, falhando em não incorporar a participação da comunidade e, com isso, fortalecer o compromisso ético-sanitário e as parcerias com outros atores para promoção da mudança.

A partir de uma territorialização que envolve a comunidade é possível conhecer os problemas reais e concretos da população adscrita, permitindo que as ações e serviços sejam planejados a partir das especificidades do território e não pela reprodução de programas definidos aprioristicamente, conforme a forma convencional (MENDES, 2006).

Essa estratégia permite ainda perceber como os problemas de saúde são complexos e as intervenções sobre eles requerem a participação de outros setores, com compartilhamento de responsabilidades e atribuições no exercício da prática intersetorial pelas equipes de saúde. Alguns estudos, entretanto, têm mostrado que a intersetorialidade tem se traduzido em ações pontuais e centradas em problemas específicos, o que está associado à dificuldade de romper com a fragmentação dos saberes e práticas, com as barreiras da comunicação e às concepções limitadas dos profissionais sobre o tema (GONÇALVES et al., 2011; SILVA, D., 2013).

Assim, a literatura tem apontado problemas no desenvolvimento das práticas de vigilância em saúde pelas eSF relacionados aos três pilares que sustentam essa concepção. O

estudo proposto mostra-se, portanto, relevante ao buscar compreender esses pontos de dificuldades e também as possibilidades concretas de desenvolver práticas sustentadas nos pilares da Vigilância em Saúde.

A motivação para o estudo do tema se relaciona com minha trajetória profissional e o fato de ter atuado como apoiadora institucional da Atenção Básica no município de Salvador e hoje atuar na vigilância epidemiológica de um Distrito Sanitário desta cidade. Já durante essa transição de funções, percebi a dificuldade de integração entre as áreas da Vigilância e da Atenção Básica e limitações no desenvolvimento das práticas de vigilância pelas eSF, percepção que se aprofundou ao longo do tempo em minha atual função.

Além disso, após realizar um curso de especialização em Vigilância em Saúde, pude ampliar minha concepção sobre esse modelo e ficou mais evidente que muitas vezes as ações de vigilância têm sido exercidas de forma limitada e até com caráter burocrático, afastando-se da proposta de transformação de práticas de saúde. Refletindo sobre essas práticas no meu contexto de trabalho, e a partir do modelo da Vigilância em Saúde e seus três pilares, território, problemas de saúde e intersetorialidade, observo que predomina a reprodução de ações predefinidas pela gestão em comparação com ações planejadas pelas equipes de saúde com base no conhecimento do território e de seus problemas de saúde. Ao mesmo tempo esse conhecimento parece estar pouco ancorado no uso de instrumentos, como os Sistemas de Informação em Saúde e nos relatórios de gestão, e na escuta aos usuários. Além disso, é possível observar pouca articulação entre o setor saúde e outros setores cujas ações têm impacto nas condições de saúde da população.

Dessa forma, por acreditar que as ações de vigilância em saúde necessitam atingir seu papel de transformação das condições sanitárias, com intervenções que contemplem a integralidade do cuidado, o que exige o fortalecimento de suas práticas no âmbito da ESF, motiva-me compreender como essas ações têm sido desenvolvidas em meu contexto de trabalho e contribuir com o aperfeiçoamento dos processos de trabalho na realidade em que atuo.

Buscando conhecer o estado da arte, foram consultados os portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), CAPES e PubMed, utilizando os descritores: práticas de vigilância em saúde, território, problemas de saúde e intersetorialidade, com filtro entre os anos de 2012 e 2017.

Quando utilizado apenas o descritor práticas de vigilância em saúde foram listados um grande quantitativo de referências em todas as bases, o que remete à grande abrangência do descritor (APÊNDICE A). Refinando-se, entretanto, a busca com o acréscimo dos demais descritores, as referências diminuem consideravelmente. Quando utilizados os quatro

descritores conjuntamente, situação que mais se aproxima da proposta deste estudo, identificamos a ausência de dados no PubMed, um resultado na BVS e 25 no Portal CAPES.

Os resultados encontrados com a utilização dos quatro descritores foram analisados por meio da leitura do título e do resumo de cada material. Desse modo, verificamos que o único dado encontrado por meio da BVS é referente a um material educativo do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde da UNA-SUS, sendo, portanto, desconsiderado por não se constituir em um estudo empírico. Quanto aos dados do portal CAPES, após a exclusão de dois artigos repetidos, realizamos a leitura do título e resumo de 23 trabalhos, estabelecendo o tema central de cada um (APÊNDICE B). Com isso, identificamos que a maior parte está relacionada a estudos com temáticas específicas que apenas perpassam o tema estudado, como saúde bucal, saúde do trabalhador e saúde na escola. Apenas dois estudos apresentaram temática semelhante aos descritores, um com o tema Vigilância em Saúde e outro intersectorialidade, os quais foram lidos pela pesquisadora.

No artigo “*Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde*”, Guimarães e outros (2017) discutem a evolução da vigilância em saúde como ação, modelo e sistema, com o objetivo de apresentar subsídios para debater a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Apesar de discutir o objeto desta pesquisa, o artigo em questão não propõe uma investigação empírica sobre as práticas de vigilância em saúde, assumindo o caráter de um ensaio.

Já o artigo “*Estratégias intersectoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte*”, de Veiga e Bronzo (2014), apresenta parte dos resultados de uma pesquisa sobre o Programa BH Cidadania, uma proposta de intervenção intersectorial no âmbito da gestão municipal para promover a inclusão social. Apesar da estreita interface das discussões propostas nesse artigo com o setor saúde, não foi observada relação com o objeto do nosso estudo.

Dessa forma, os artigos citados não apresentam a mesma perspectiva desta pesquisa, que busca analisar as práticas de vigilância em saúde na ESF, a partir da compreensão do território, dos problemas de saúde e da intersectorialidade, sugerindo uma lacuna que justifica sua realização. Analisar as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade a partir dos sentidos dados a esses componentes das práticas, pode possibilitar compreender como elas estão se desenvolvendo e identificar facilidades e entraves para sua incorporação pelas equipes. Além disso, pode permitir a reflexão sobre as potencialidades do trabalho na ESF, que é considerada estratégica para a reorganização das práticas e serviços de saúde no país. Assim, este estudo aponta a seguinte questão

norteadora: Como se desenvolvem as práticas de vigilância em saúde na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador?

Diante dessa questão, e com base nos autores já relacionados anteriormente, assumimos como pressuposto, que as práticas de vigilância em saúde se caracterizam por ações fragmentadas e individualizadas, distante da realidade do território e com incipiente participação da comunidade; que os problemas de saúde não são suficientemente incorporados no processo de planejamento, gerando ações descontextualizadas e com comprometimento da resolutividade; e que as alianças e parcerias são pontuais, com reduzida capacidade de articulação intersetorial.

Portanto, este estudo tem como objetivo geral: analisar os discursos sobre as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. E como objetivo específico: compreender os sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade.

2 MARCO TEÓRICO

Para compor o marco teórico deste estudo, consideramos relevante discutir algumas concepções sobre Práticas de Saúde; a perspectiva da Vigilância em Saúde, tomando como base as dimensões do território, dos problemas de saúde e da intersetorialidade, além de algumas considerações sobre o Distrito Sanitário.

2.1 CONCEPÇÕES SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE

A palavra prática remete filosoficamente a outros dois termos: prático e práxis (ACIOLI, 2006), cuja breve análise pode auxiliar na compreensão das práticas no campo da saúde.

Prático vem do grego *praktikós* (de *prattein*: agir, realizar, fazer) e se refere à ação que o homem exerce sobre as coisas ao aplicar um conhecimento a uma ação concreta, é o saber fazer algo, tal como a prática médica (JAPIASSÚ; SOUZA FILHO, 2008).

O termo práxis também tem origem grega e na filosofia aristotélica significa um tipo de saber, o saber prático, que se junta a outros dois tipos, a teoria e a técnica. O saber prático remete a uma verdade relativa ao saber reflexivo, produzido pelo indivíduo, sobre indivíduos e para indivíduos, quanto a modos de vida compartilhados (AYRES, 2009).

O conceito de práxis é discutido na filosofia marxista, remetendo à relação dialética entre o homem e a natureza, em que este a modifica, transformando a si próprio (JAPIASSÚ; SOUZA FILHO, 2008). A práxis nessa concepção é, portanto, o trabalho, por meio do qual sujeito e objeto se constituem mutuamente.

Nessa definição se revela que a práxis envolve tanto uma produção objetiva, o momento laborativo, quanto de formação da subjetividade, o momento existencial, parte do processo de realização da liberdade humana, com a transformação do sujeito (KOSIK, 1976).

No campo da saúde, as práticas têm sido analisadas, tradicionalmente, sob o referencial de Donnangelo e Pereira (1976), enquanto práticas sociais, que, por sua vez, influenciaram as concepções desenvolvidas por Mendes-Gonçalves (1994, 2017a, 2017b) com a teoria do processo de trabalho, referencial que será adotada para a nossa análise das práticas de vigilância em saúde.

Na obra de Mendes-Gonçalves (1994, 2017a, 2017b) o trabalho é concebido do ponto de vista marxista, ou seja, é considerado como um processo de transformação da natureza mediado pelo homem para atender suas necessidades, as quais são histórica e socialmente construídas.

Com Marx (1994) vemos que o processo de trabalho se define a partir de três elementos: a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho, a matéria a que se aplica o trabalho, ou seja, o objeto de trabalho, e os meios de trabalho, que são os instrumentos.

Segundo Mendes-Gonçalves (2017a, p. 63), é necessário também demarcar que todo o processo é “determinado de fora pela finalidade, pela idealização do produto que o antecede e que lhe serve de fio condutor, e, por sua via, pelas relações sociais que situam cada trabalho na divisão social do trabalho”.

Esse é o sentido da discussão de Marx (1994) de que o resultado final do processo de trabalho já existia antes, idealmente na imaginação do trabalhador, que não apenas transforma o material sobre o qual opera, mas imprime-lhe um projeto que ao mesmo tempo é o que determina o seu modo de operar.

A partir disso, é que Mendes-Gonçalves (1994, 2017a, 2017b), ao investigar a prática médica em estudos que se expandiram para a análise do processo de trabalho em saúde, contribui para que a discussão se faça a partir dos seus componentes: objeto, instrumentos de trabalho, finalidade e agentes do trabalho, os quais se desenvolvem em interação recíproca e serviram de base para a análise das práticas nesse estudo.

Para Mendes-Gonçalves (2017a), o objeto do trabalho é aquilo que vai ser transformado pelo homem e que assim se configura, apenas, quando o sujeito o delimita e o desprende da realidade com um olhar que antevê um resultado potencial, o que significa dizer que o objeto não é natural e não pode ser desvinculado do sujeito. Ele se constitui a partir de necessidades que devem ser satisfeitas pela ação do homem, de modo que, tanto o objeto quanto as necessidades, são social e historicamente determinados.

Disso decorre ainda que o objeto não é algo imutável e, mais, que não se pode falar em um único objeto do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 2017b).

Segundo Donnangelo e Pereira (1976), tradicionalmente, o corpo anatomofisiológico foi tomado como objeto das práticas de saúde, influenciado pelos saberes da Medicina, Anatomia e Fisiologia. Apesar de ter por base um conceito limitado de saúde, para os autores, compreender o significado que uma sociedade atribui a seus corpos permite entender o valor dado à vida humana dentro da estrutura social, o que é indispensável para explicar os modos como se apresentam as práticas.

Nesse sentido, Mendes-Gonçalves (1994) discute como as práticas de saúde passaram a contribuir com a reprodução da força de trabalho, diante da compreensão do corpo como agente do trabalho na sociedade capitalista. Essas práticas responderiam à “quantidade de corpos

‘socialmente necessários’, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se” (DONNANGELO; PEREIRA, 1979, p. 26).

Propondo uma visão mais ampliada do objeto das práticas, Paim (2006) discute que as práticas de saúde coletiva têm como objeto as necessidades de saúde, as quais não se reduzem a riscos, agravos, doenças, devendo ser compreendidas como projetos que expressam uma necessidade radical. As necessidades radicais, por sua vez, são o que Mendes-Gonçalves (2017b) definiu como as condições que necessariamente devem ser satisfeitas para que um ser continue sendo um ser.

A partir da identificação do objeto, busca-se intervir sobre ele por meio de instrumentos, que é outro dos componentes do processo de trabalho. Segundo Mendes-Gonçalves (2017a), é possível distinguir dois grupos de instrumentos: os que servem para apropriação do objeto, correspondendo à dimensão intelectual do trabalho, e os que servem para sua transformação, e que correspondem à dimensão manual. O autor considera ainda a existência de um terceiro grupo de instrumentos que remetem às condições materiais necessárias para o processo de trabalho.

Esses instrumentos podem ser materiais ou imateriais e se expressam em tecnologias - saberes específicos, técnicas de ação e equipamentos (PAIM, 1995).

Essa é a perspectiva discutida por Mendes-Gonçalves (1994, p.32), para quem as tecnologias não se caracterizam apenas por instrumentos materiais e são definidas como o “conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social”.

Assim, entre os instrumentos de trabalho está o saber, que pode ser definido como generalizações conscientes e estruturadas decorrentes das práticas, materializadas em instrumentos e discursos (MENDES-GONÇALVES, 1994). Entre esses saberes o autor destaca a Epidemiologia, considerada como a disciplina mais sistematizada em termos de conhecimento sobre a saúde e a doença enquanto fenômenos coletivos, e a Clínica, que opera mais sobre o nível individual, mas nem por isso incompatível com o saber epidemiológico. O saber é, portanto, aquilo que permite ao agente de trabalho apreender o objeto e que não se caracteriza apenas por um processo teórico, visto que resulta também em técnicas, sejam materiais ou imateriais.

Por outro lado, Paim (2006) defende que se as necessidades de saúde forem concebidas de forma ampla, englobando os determinantes socioambientais do processo saúde-doença, os instrumentos de trabalho precisam incorporar outros saberes como a antropologia, a sociologia e a política, como forma de conseguir apreender mais precisamente o objeto.

Outro elemento do processo de trabalho é a finalidade, que, segundo Peduzzi (2007), refere-se ao caráter teleológico, ou seja, aos fins das atividades. Considera-se, dessa forma, que as ações em saúde têm a priori um fim e são orientadas por uma intencionalidade e racionalidade presentes no cotidiano do processo de trabalho. A finalidade relaciona-se com o projeto de alcançar determinado objetivo ou resultado idealizado pelo trabalhador, a partir de suas intenções e pontos de vista.

Isso remete ao quarto dos elementos em análise – os agentes do trabalho. De acordo com Peduzzi (2007), apesar do imperativo da normatividade sobre as práticas de trabalho, que tende a levar o trabalhador a reproduzir necessidades de saúde e a oferta de serviços, há espaço para que ele seja promotor de mudanças, uma vez que o processo de trabalho envolve dimensões interativas e intersubjetivas, além de técnicas e tecnológicas.

Foi Merhy (2007), a partir das discussões de Mendes-Gonçalves (1994) sobre as tecnologias materiais e não materiais, e do desenvolvimento da micropolítica, quem colocou a subjetividade e o sujeito do trabalho no centro das atenções no estudo sobre os processos de trabalho.

A micropolítica traz a discussão do trabalho vivo, que é definido como trabalho em ato, criador, e do trabalho morto, que é o trabalho pregresso que resulta de outro anterior (FRANCO; MERHY, 2012). De acordo com Franco (2006), o trabalho vivo é capturado pela normativa que hegemoniza o funcionamento dos serviços de saúde e regula o trabalhador, sendo, entretanto, capaz de subverter a ordem, abrindo linhas de fuga, visto que o processo de trabalho em saúde possui alto grau de autonomia, com poder de autogestão e autoanálise, desde que os atores atuem em singularidade.

As concepções sobre o processo de trabalho tiveram grande influência em diversos estudos, entre eles na compreensão das propostas dos modelos de atenção, que são formas de organização das práticas de saúde caracterizadas por diferentes tecnologias, saberes, objetos, finalidades e relações entre os agentes. Neste estudo adotamos como referencial a perspectiva de Mendes (2006) que defende a mudança da prática sanitária, da atenção médica para uma prática de vigilância em saúde, o que será tema de análise nos próximos capítulos.

2.2 PRÁTICAS NO SUS NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Para Mendes (2006), a Vigilância em Saúde é uma resposta social organizada aos problemas de saúde, com base no conceito positivo de doença e no paradigma da produção social de saúde, operando uma mudança na prática sanitária ao reorganizar os processos de

trabalho. Implica, assim, em uma mudança na concepção de saúde do tradicional polo negativo, ou seja, na doença e na morte, para o positivo, a qualidade de vida, os modos de viver. Envolve ainda uma transformação no paradigma flexneriano, baseado em dimensões como especialização, mecanicismo, biologismo, para o entendimento da saúde como produto do agir social de um ator, com seus recursos econômicos, de poder, conhecimentos, produzindo saúde em permanente transformação.

Na perspectiva de Paim (2012), a Vigilância em Saúde é um modelo de atenção, que é definido como uma forma de articulação das relações entre sujeitos, mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, com o objetivo de intervir sobre problemas e necessidades de saúde.

Tratam-se, segundo Vilasbôas (1998), de concepções que colocam a Vigilância em Saúde como uma dada organização tecnológica do trabalho em saúde que, embora, não sejam divergentes, enfatizam diferentes aspectos, pois enquanto para Mendes (2006) sobressai a dimensão gerencial, para Paim (2012), a dimensão técnica é enfatizada.

A Vigilância em Saúde teve origem na implantação dos Distritos Sanitários, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, experiência da qual emergiu as noções de planejamento estratégico situacional, regionalização e território, além da proposta de integração das práticas de saúde preventivas, promocionais e assistenciais (TEIXEIRA, 2006).

Tem inspiração no modelo cubano, tendo como ponto de partida o conhecimento da situação de saúde de uma população, preferencialmente construído em parceria com a comunidade, identificando problemas e riscos sobre os quais busca intervir por meio do acompanhamento contínuo e integral. Apresenta-se, assim, como uma proposta de modelo alternativo aos hegemônicos modelos médico-assistencialista e sanitaria-campanhista (GUIMARÃES et al., 2017).

Em revisão de literatura, Faria e Bertolozzi (2010) identificaram três principais vertentes da Vigilância em Saúde. Na primeira, propõe-se a integração entre a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, de saúde do trabalhador e de zoonoses, com o objetivo de prevenir agravos e promover saúde. A segunda vertente defende que a vigilância epidemiológica não se limite aos agravos de notificação compulsória e também realize a análise de situação de saúde de grupos populacionais. A terceira vertente, por sua vez, seria a que propriamente se poderia chamar de Vigilância em Saúde, concebendo-a como um modelo de atenção e será a adotada neste estudo.

Sobre isso, Monken e Batistella (2008) veem na primeira vertente uma concepção que expressa a mera integração institucional, por meio de reformas administrativas, enquanto a

terceira, propõe a redefinição das práticas sanitárias, com a organização de processos de trabalho para enfrentar problemas que exigem atenção contínua.

Ainda sobre a primeira vertente, Paim (2003) discute que a integração institucional das vigilâncias se concretizou por meio de reformas administrativas nas Secretarias Estaduais de Saúde no início dos anos 1990, e com a criação de setores que incorporaram o nome Vigilância em Saúde, inclusive em nível ministerial, com a Secretaria de Vigilância em Saúde. Para o autor, esta visão empobrece a concepção sobre o modelo, pois limita seu potencial transformador das práticas sanitárias.

Por outro lado, Oliveira e Cruz (2015) defendem que essas ações representaram um esforço de ampliação da operacionalidade da Vigilância em Saúde no Brasil, inovando na organização do SUS.

Tal caminho foi percorrido com o impulso à descentralização, que é uma diretriz organizacional do SUS, e se caracteriza, segundo Santos (2006), pela distribuição de responsabilidades na condução das políticas de saúde entre os entes federativos, com poder de decisão e mecanismos de participação social. Para isso, ressalta a autora, o Ministério da Saúde implantou as Normas Operacionais Básicas (NOB) levando os municípios a assumir progressivamente a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde.

Outro marco regulamentador ocorreu com a aprovação da Portaria nº 1.399/1999, que dispõe sobre as competências dos entes federados na área da epidemiologia e sobre o financiamento (BRASIL, 1999), atualizada pela Portaria nº 1.172/2004, que passou a utilizar a denominação Vigilância em Saúde, englobando as três vigilâncias: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental (BRASIL, 2004).

A partir desses marcos regulatórios, foram concretizadas as atribuições dos entes federados, ficando as esferas federais e estaduais responsáveis pela supervisão e apoio das ações de vigilância, e a gestão municipal com a execução das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Para Santos et al. (2015), entretanto, na prática se observou mais uma desconcentração ou dispersão de atividades administrativas da vigilância, do que a transferência de poder de decisão e recursos.

Em nível municipal, a Atenção Básica passou a assumir entre suas atribuições a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de vigilância em saúde nos territórios, por meio de processos de trabalho que agregam os determinantes, riscos e danos à saúde e a perspectiva intra e intersetorial (BRASIL, 2017).

A literatura tem apontado, entretanto, alguns limites na incorporação da Vigilância em Saúde pela Atenção Básica. Em um estudo sobre as práticas de vigilância na atenção básica em

uma região de saúde do município de São Paulo, Faria e Bertolozzi (2010) identificaram problemas com as concepções dos profissionais, já que muitos ainda associam a Vigilância em Saúde com a Vigilância Epidemiológica Clássica, restrita à notificação de doenças e ao controle de riscos e agravos, em contraste com a concepção ampliada concebida para esse modelo. Foram identificadas também limitações quanto à organização do trabalho, em que os principais instrumentos apontados pelos profissionais foram: normas técnicas, boletins epidemiológicos, programas assistenciais, entre outros que remetem a uma ação tradicional em vigilância. Além disso, os autores concluíram que as ações de vigilância são assumidas prioritariamente pela enfermagem, com pouca participação de outras categorias, e que as ações de qualificação ofertadas aos profissionais são insuficientes.

Consideramos que o modelo de Vigilância em Saúde se apresenta como alternativa para o enfrentamento desse desafio, sendo compreendido como um modelo “destinado a superar a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais, e que tem como objeto, os modos de vida dos diferentes grupos sociais e as diversas expressões do processo saúde-doença” (FARIA; BERTOLOZZI, 2010, p.790). Trata-se, portanto, de uma perspectiva que privilegia a integralidade do cuidado, englobando ações promocionais, preventivas e curativas.

De acordo com Paim (2012), a base desse modelo está na articulação entre o controle de danos, riscos e causas. Segundo o autor, enquanto o foco das práticas de saúde hegemônicas está no controle de danos por meio da assistência à saúde, o modelo da Vigilância em Saúde, propõe intervenções voltadas para o controle de riscos, ou seja, da probabilidade de grupos desenvolverem doenças ou agravos. Para isso, recorre ao conhecimento epidemiológico como base para as ações de vigilância e à intervenção mediante o controle das causas, que estão nas condições e estilos de vida dos grupos, o que envolve ações que não se restringem ao setor saúde e necessitam ser intersetoriais.

Ampliando essa concepção, entendemos que a Vigilância em Saúde, precisa ultrapassar o conceito de risco para adotar o de vulnerabilidade. Em publicação mais recente, Paim e Almeida-Filho (2014) chamam atenção para o reducionismo contido na noção de risco.

Segundo Oviedo e Czeresnia (2015), a incorporação do conceito de vulnerabilidade na Saúde Coletiva está associada ao contexto de epidemia de HIV/AIDS, na década de 1990, e à luta contra o preconceito favorecido pelo discurso da existência de grupos de risco. Diante disso, propôs-se a vulnerabilidade como um novo discurso que incluísse os determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no tema.

Para Bertolozzi e outros (2009), a vulnerabilidade exprime os potenciais de adoecimento, não adoecimento e de enfrentamento do indivíduo, sendo resultado de aspectos

individuais e condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos. Enquanto o risco indica a probabilidade de um evento ocorrer, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e desigualdade social que antecede ao risco. É importante ressaltar que a vulnerabilidade ao mesmo tempo em que aponta as fragilidades, indica a capacidade de enfrentamento do problema.

A Vigilância em Saúde amplia a produção do cuidado ao propor a integração das vigilâncias com a assistência e com as demais políticas públicas, em uma perspectiva em que as intervenções sobre as necessidades coletivas conseguem dialogar com as necessidades individuais. Adota ainda uma concepção ampliada da promoção à saúde que perpassa todo o processo saúde-doença, e não apenas o período pré-patogênico, além de defender a educação em saúde e a consciência sanitária ecológica (PAIM, 2012).

Para implementar essa prática sanitária, Arreaza e Moraes (2010) discutem a necessidade de operar importantes transformações, iniciando-se pelo objeto das práticas de saúde, que devem ter um foco para além das doenças, voltando o olhar sobre as necessidades e determinantes dos modos de vida, ou seja, uma concepção positiva de saúde. Defendem ainda a necessidade de ampliar os meios de trabalho, solidificando os instrumentos de planejamento, programação e avaliação, além de estender as relações técnico-sociais com outros setores públicos e não públicos.

A transformação da prática sanitária em direção à Vigilância em Saúde envolve, portanto, que as equipes de saúde assumam a responsabilidade de conhecer o território e seus problemas, aproximando-se dos sujeitos que nele vivem, trabalham e adoecem, e enfrentem tais problemas em cooperação com outros setores externos à saúde.

2.3 DIMENSÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Segundo Mendes (2006), a Vigilância em Saúde é uma prática sanitária que se desenvolve a partir de três dimensões: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade, considerados pilares desse modelo. Essas três dimensões mantêm estreita relação entre si, uma vez que os serviços de saúde estão dispostos em um território dinâmico, que compartilha problemas de saúde particulares e complexos, para os quais são recomendados o enfrentamento a partir de um conjunto de esforços por parte de diferentes setores. Diante disso, buscaremos aprofundar a compreensão dessas três dimensões adotadas como foco deste estudo.

2.3.1 Território

Os sujeitos vivem em um espaço e um tempo determinados, onde a vida se processa em desejos, intenções, hábitos, práticas e relações. É nesse espaço e nesse emaranhado de interações onde se constrói o processo saúde-doença. O território, portanto, é um conceito chave na saúde.

A importância do território é corroborada por meio da comparação de diferentes sistemas de saúde no mundo, em que se verifica que os mais eficazes, eficientes e equitativos são os que se estruturam por uma base territorial, destacando-se países como Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba e Costa Rica (MENDES et al., 1995).

O termo território vem do latim *territorium* e deriva da palavra terra. Seu significado mais antigo remete a uma porção delimitada da superfície terrestre (GONDIM; MONKEN, 2008).

Na geografia tradicional, o território foi estudado em um sentido jurídico-político, como um espaço limitado pelas estruturas de poder e delimitado pelas fronteiras de um Estado. Outra vertente, concebeu um sentido etológico, considerando a territorialidade humana em analogia à sobrevivência animal (JUNGES; BARBIANI, 2013).

Na saúde, o interesse pelo conceito de território é recente, e foi influenciado por gestores e trabalhadores atuantes nos serviços de saúde, portanto, inseridos no espaço social da vida, e também pelo movimento da Reforma Sanitária, ao discutir a organização das ações e serviços de saúde tomando uma base territorial (MONKEN et al., 2008).

A preocupação com as relações entre o espaço e as doenças, entretanto, é antiga. Na epidemiologia, o espaço foi inicialmente concebido como produto da relação entre o organismo e a natureza, independente da ação humana (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Como discutem Monken e outros (2008), desde a ideia dos fluidos, a teoria dos miasmas, a relação entre doenças e a condição da água, são muitas as demonstrações de uma percepção sobre a existência de uma influência do meio na saúde humana. Relação que foi ainda mais concretizada com o estabelecimento do papel dos vetores na manifestação de doenças transmissíveis. Desse modo, a relação entre espaço e doença foi pensada, inicialmente, por meio de explicações monocausais, que evoluíram com o tempo para uma concepção ecológica, ou seja, multicausal, mas ainda assim, limitada, por envolver a noção de causa e efeito. Grandes avanços ocorreram com o surgimento de concepções que vincularam a saúde às condições de vida, como resultado de determinantes e condicionantes sociais amplos, em uma perspectiva de inter-relação e não de causalidade.

Segundo Gondim e Monken (2008), as ideias de Milton Santos sobre o espaço geográfico tiveram importante contribuição para a compreensão do território na saúde, com forte influência sobre os sanitaristas brasileiros.

Para Santos (1988, p. 51), o espaço é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita de processos do passado e do presente”. Por meio dessa definição, evidencia-se que, além da sua materialidade com estruturas físicas e fixas, o espaço é construído pela dimensão simbólica e cultural das ações humanas.

No campo da saúde, Mendes e outros (1995) deram centralidade ao conceito de território ao discutir o Distrito Sanitário como um processo social para mudança de práticas de saúde. Para esse autor, há duas formas principais de conceber o território: uma definida por critérios geopolíticos, tomando-o como um espaço físico que está pronto, e outra, que o compreende como um território-processo em permanente construção e produto de processos dinâmicos onde estão os sujeitos sociais.

O território-processo tomado neste trabalho como referência é, portanto, o espaço “de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Esse território-solo é, ademais, território econômico, político, cultural e sanitário” (MENDES, 2006, p.248).

Isso significa que, para compreender o território, é preciso adentrar no seu contexto, na sua história, na dinâmica de relações estabelecidas entre os sujeitos, e desses com a estrutura social, econômica, política e cultural. Torna-se possível, assim, caracterizar a população, conhecer seus problemas e realizar a análise da situação de saúde do território, organizando os serviços e as práticas de forma a estar em sintonia com as necessidades da população. Com isso, favorece-se o desenvolvimento do vínculo entre as equipes e os usuários e a responsabilidade sanitária pelo território.

Para Barcellos e outros (2002), enquanto a doença é uma expressão do indivíduo, a situação de saúde é uma expressão do lugar, por meio das relações de grupos sociais com seu território, em um processo de acumulações históricas, sociais e ambientais que produzem condições de risco de adoecimento. Os autores acrescentam que reconhecer esse território é um passo essencial para caracterizar sua população, seus problemas e avaliar o impacto dos serviços.

Tal processo se desenvolve por meio da territorialização, que Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) definem como o reconhecimento e o esquadramento do território a partir das relações entre as condições de vida, saúde e acesso a ações e serviços, o que requer a coleta e análise de dados demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários.

De acordo com a PNAB, é atribuição das equipes de saúde participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade, mantendo o cadastramento atualizado nos sistemas de informação e utilizando os dados para análise da situação de saúde e planejamento (BRASIL, 2017).

Como discutem Santos e Rigotto (2010), entretanto, por vezes, a territorialização tem sido utilizada com um fim apenas administrativo e gerencial dos serviços, limitando seu potencial de descrição e análise das condições de vida e dos problemas de saúde do território, e, conseqüentemente, reduzindo sua contribuição para intervenções efetivas na realidade local.

Isso é corroborado por Pessoa e outros (2013) ao analisar que a territorialização tem se restringido à elaboração de um mapa com áreas de risco, voltado mais para a organização dos serviços do que para operacionalizar a responsabilidade sanitária das equipes, além de não incorporar a participação da comunidade, o que é fundamental para o estabelecimento de compromisso e parcerias para a mudança. Em contraposição, esses autores defendem a realização de um mapeamento participativo, que identifique as necessidades de saúde da comunidade, e seja baseado na determinação social da doença, na intersetorialidade, na percepção de coletivos e na dinamicidade do território. Além disso, deve se constituir em um processo reflexivo e crítico, que valorize as dimensões sociais, afetivas, simbólicas, culturais, ambientais e do processo produtivo.

De acordo com Monken e Barcellos (2005), a categoria de análise fundamental para a territorialização é o território utilizado, o que implica considerar que a categoria território só pode ser usada por meio do reconhecimento dos atores que dele se utilizam, e que esses usos variam de acordo com o contexto histórico, sendo importante compreender sua constituição. O território utilizado é, assim, o lugar dos objetos e das ações, o espaço habitado pelo homem.

A escala geográfica-operativa para a territorialização está, portanto, nos espaços da vida cotidiana, o que engloba desde o domicílio, as áreas de abrangência e os territórios comunitários (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Tais conceitos são usados na Atenção Básica, mais especificamente na ESF, para a delimitação dos espaços de atuação das equipes. Unglert (1995) define os seguintes espaços territoriais: Distrito Sanitário, delimitação político-administrativa que organiza a atenção; área de abrangência, área de responsabilidade de uma unidade de saúde; microárea de risco, delimitada pelo perfil epidemiológico, e usado também para se referir à área de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS); e domicílio, espaço onde a família reside.

Assim, compreendemos que atuar a partir do território requer reconhecê-lo como lugar da vida, constituído pelos sujeitos em interação e onde se processam complexas relações. Portanto, concordamos com Junges e Barbiani (2013) ao referirem que fazer parte do território é um fator que determina a identidade dos habitantes como um grupo específico, abrindo espaço para a criação de redes de apoio social e para o acesso aos serviços oferecidos.

Compreendendo a importância do território, o modelo de Vigilância em Saúde propõe que essa categoria seja reconhecida e integrada aos processos de trabalho das equipes de saúde como lugar onde se constitui a vida e a saúde dos sujeitos, lugar de múltiplos problemas e possibilidades.

2.3.2 Problemas de saúde

Segundo Matus (1987), um problema é uma discrepância entre o ser e a possibilidade de ser, sendo assumido por um ator social como evitável, ou seja, que tem causas identificáveis e elimináveis, e inaceitável, pois o ator atribui valor positivo à sua eliminação. Diante disso, compreende-se que um problema não pode ser tomado como algo absoluto, pois está sempre em referência à posição do ator envolvido.

Para Teixeira (2010a), um problema pode ser definido como um acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade, que varia conforme o ator que dele fala, alguém com determinado referencial social, cultural, político e técnico. Um problema, portanto, é sempre autorreferido.

Um problema de saúde, por sua vez, é uma representação social de necessidades sanitárias, que resultam das condições de vida e expressam a percepção de uma discrepância entre uma realidade e uma norma por parte de um ator social (MENDES, 2006).

A partir dessa definição, fica evidenciada a existência de uma relação entre os conceitos de necessidades e de problemas de saúde. De acordo com Teixeira (2010a, p. 140), as necessidades de saúde são “carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população”. São, portanto, os efeitos do não atendimento de variáveis como alimentação, abrigo, segurança, educação, cultura, serviços de saúde, afeto, ações de promoção da saúde, de proteção de riscos e de assistência ao adoecimento.

Esclarecendo a relação entre necessidades e problemas, Paim e Almeida-Filho (2014) afirmam que todo problema expressa uma necessidade e contempla em sua formulação a possibilidade de solução. Para os autores, a solução conhecida de um problema compõe as

tecnologias, a partir do uso do conhecimento produzido para atender uma necessidade ou demanda. Por sua vez, quando um problema não tem sua solução conhecida, cabe à ciência produzi-la.

Diferentes autores (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; TEIXEIRA, 2010b; VILASBÔAS, 2004) têm classificado os problemas no campo da saúde como: problemas no estado de saúde de uma população, que se referem aos riscos à saúde e aos processos de adoecimento e morte; e problemas do sistema de serviços, que são questões relacionadas ao funcionamento do sistema de saúde.

Segundo Teixeira (2010a), há uma tendência que profissionais de saúde identifiquem como problemas de saúde doenças e agravos, além de questões de infraestrutura e organização dos serviços, enquanto a comunidade, tende a apontar condicionantes e determinantes como desemprego e falta de saneamento básico. Ao mesmo tempo, destaca a autora que os problemas do sistema de serviços expressam limitações e dificuldades relacionadas a questões como infraestrutura, organização, financiamento, acesso, cobertura e prestação de serviços.

Ressaltamos, entretanto, a importância de evitar que o conceito de problema assuma uma perspectiva reducionista, tal como sinalizado por Paim e Almeida-Filho (2014), ao discutir que os problemas de saúde devem incluir além dos danos (doença, morte, acidente, etc.), também as noções de risco e vulnerabilidades, conceitos já discutidos neste estudo.

De acordo com Mendes e outros (1995), os problemas de saúde de uma população podem ser compreendidos como problemas terminais, que se expressam em indicadores como mortalidade, morbidade, incapacidade, enquanto os problemas intermediários são aqueles verificados no contexto dos serviços e do sistema, cuja resolução pode vir a solucionar também os problemas terminais.

A proposta de Mendes (2006) é que a Vigilância em Saúde adote o enfoque por problemas, defendido como alternativa à tradicional organização dos serviços de saúde por programas, em que é comum a definição apriorística do que é considerado problema de saúde. Nesse último enfoque, os serviços são organizados em programas, que dizem respeito a uma doença, ciclo de vida, grupo étnico, atividade sanitária, entre outros critérios, e representam recortes na realidade que podem não refletir os problemas concretos do território. O enfoque por problemas, por sua vez, preconiza que os serviços sejam organizados a partir do reconhecimento do território, identificando, descrevendo e explicando os problemas referidos por seus atores, e com isso gerem intervenções envolvendo os recursos disponíveis no próprio território e a rede intersetorial.

Assim, ressaltamos que o envolvimento de diferentes atores do território é fundamental para o conhecimento e enfrentamento dos problemas de saúde, por serem as pessoas mais próximas de sua realidade, favorecendo, com isso, o fortalecimento da corresponsabilidade sanitária entre a população e os profissionais de saúde.

Esse pensamento é reforçado por Paim e Almeida-Filho (2014), que defendem a criação de espaços de diálogo entre gestores, trabalhadores e comunidade, para levantamento conjunto de problemas, agregando a percepção subjetiva dos indivíduos aos indicadores dos sistemas de informação, o que permite ainda fortalecer o controle social. Com isso, ressaltam os autores, além de promover o envolvimento da comunidade, é possível levantar problemas que não estão representados nas fontes de dados tradicionais.

De acordo com Paim (2006), a Vigilância em Saúde, em sua proposta original, busca reorganizar as práticas de saúde no âmbito local a partir dos problemas de saúde. Assim, a partir da microlocalização dos problemas e do saber epidemiológico, buscaram-se intervenções voltadas para o território, pautadas na intersetorialidade e na articulação de ações promocionais, preventivas e curativas.

Dessa forma, conhecer bem os problemas e como eles se estruturam é essencial para planejar intervenções que os solucionem. Não é objetivo deste trabalho analisar o conceito de planejamento em saúde em suas diferentes concepções, mas considerando sua estreita relação com a perspectiva de problema, adotamos que o planejamento consiste no desenho, execução e acompanhamento de propostas de ação, com o envolvimento de atores sociais e o objetivo de solucionar problemas (TEIXEIRA, 2010b).

Entre os diversos enfoques teóricos e metodológicos do planejamento, tem destaque o Planejamento Estratégico e Situacional (PES), proposto por Carlos Matus e amplamente difundido na América Latina e no Brasil nos últimos 20 anos (TEIXEIRA; PAIM, 2000). No PES, o planejamento se faz com base na identificação, descrição, explicação e priorização dos problemas, a partir da utilização de métodos e instrumentos que permitam analisar a situação de saúde de um dado território.

A análise da situação de saúde, por sua vez, faz parte das atividades de vigilância em saúde, que, entretanto, não se restringe a ela, pois se propõe também a, além de conhecer as condições de vida de uma população, enfrentar e intervir sobre os problemas identificados, a partir de práticas de saúde voltadas para o nível local (PAIM, 2003).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999), a análise de situação de saúde pode ser definida como processos analíticos-sintéticos que permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos, problemas de saúde

e seus determinantes, facilitando a identificação de necessidades e prioridades e de intervenções e programas com impactos para a saúde.

O planejamento não se encerra com a análise da situação de saúde, envolvendo ainda a elaboração, execução, monitoramento e avaliação de intervenções (TEIXEIRA, 2010a), sobre os quais a discussão não será aprofundada por não ser propósito deste estudo. Com essa breve abordagem, buscamos apenas destacar as contribuições da área do planejamento para a compreensão dos problemas de saúde.

Dessa forma, conhecer os problemas de saúde da população de dado território, agregando, além dos sistemas de informações, a percepção dos atores sociais, é essencial para o planejamento de intervenções que transformem as reais demandas dessa comunidade. Compreender um problema em toda a sua complexidade, amplia ao mesmo tempo a capacidade de encontrar suas possíveis soluções, o que requer também enfrentar o desafio de envolver o maior número de atores, recursos e estratégias. Assim, percebe-se mais uma vez que as dimensões da Vigilância em Saúde estão em estreita relação: parte-se do território, para a compreensão dos problemas e o desenvolvimento de ações de enfrentamento, que como se verá a seguir, extrapolam muitas vezes os limites do campo saúde.

2.3.3 Intersetorialidade

O modelo da Vigilância em Saúde reconhece que as necessidades de saúde são complexas e, por isso, propõe a construção de diálogo com outros setores para produzir intervenções conjuntas.

Compreendemos, entretanto, que desenvolver ações intersetoriais não tem sido uma tarefa fácil, o que está em grande parte relacionado ao ponto de vista apresentado por Mendes (2006) de que o projeto iluminista/positivista sobre o fazer humano, impôs uma concepção fragmentada do mundo, congruente com a proposta de divisão do trabalho do capitalismo, afetando a capacidade dos atores em atuar conjuntamente.

No campo do saber em saúde, a fragmentação das disciplinas foi intensificada pela influência do método flexneriano sobre o sistema de ensino e a ênfase na especialização do conhecimento, que, por sua vez, promoveu o predomínio de compreensões parciais sobre o objeto em saúde (ACIOLE, 2013).

Entendemos que essas concepções influenciaram a organização de uma atenção à saúde fragmentada, a dificuldade de se trabalhar em equipe e com outros setores, afetando, conseqüentemente, a capacidade de resolução de problemas. Para alterar esse contexto, mostra-

se cada vez mais necessário superar a fragmentação do conhecimento e das políticas públicas, caminhando em direção a uma articulação das práticas e dos atores sociais envolvidos, o que remete à perspectiva do trabalho intersetorial.

Segundo Teixeira e Paim (2000), a intersectorialidade tem recebido destaque nas últimas décadas, sendo tema de seminários e congressos organizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que a definem como

uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (OMS, 1997:3 apud TEIXEIRA; PAIM, 2000)

Em revisão de literatura, Schutz e Miotto (2010) identificaram diversos enfoques sobre o conceito de intersectorialidade, que foram agrupados em três ideias centrais: a intersectorialidade como complementaridade de setores; a intersectorialidade como prática; e a intersectorialidade como princípio do trabalho com redes.

Na primeira concepção estão autores que enfatizam que as necessidades da população devem ser identificadas e atendidas por vários setores de forma complementar (SCHUTZ; MIOTTO, 2010). Essa é a perspectiva observada no conceito da OMS já apresentado. É também a abordagem dada por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) para quem a intersectorialidade envolve a capacidade de articular saberes e experiências de diferentes atores para planejar, executar e avaliar ações empreendidas conjuntamente, cujos resultados podem promover um efeito positivo sinérgico nas condições de vida de uma população.

A concepção de intersectorialidade como prática, por sua vez, foi abordada por Andrade (2006), para quem as práticas intersectoriais são forjadas com base em problemas concretos e se expressam como um espaço novo a ser preenchido com o acúmulo histórico, organizacional, teórico e metodológico de cada setor.

A terceira concepção envolve o entendimento da intersectorialidade a partir da perspectiva de rede, que é uma forma de organização dos serviços e ações que remetem à ideia de circularidade e de conexão entre os diversos pontos, atuando de forma integrada e articulada. A configuração de serviços e ações em rede tem sido uma alternativa à tradicional organização piramidal no campo da saúde (ACIOLE, 2013).

Discutindo a configuração de redes sociais, Bourguignon (2001) destaca as redes intersectoriais como aquelas formadas por organizações governamentais, não governamentais e

informais, setor privado, sociedade civil, profissionais e redes setoriais, atuando de forma articulada para atender necessidades sociais.

Na perspectiva deste estudo, as três ideias sobre o conceito de intersetorialidade apresentadas por Schutz e Miotto (2010) não apresentam divergência entre si, representando apenas uma diferença de enfoque dos autores. Integrando tais ideias, adotamos aqui que a intersetorialidade diz respeito às práticas desenvolvidas em conjunto por diferentes atores sociais, com o objetivo de desenvolver estratégias e soluções para problemas compartilhados, a partir da articulação de saberes e fazeres, que podem ser potencializadas quando os serviços e ações se configuram na perspectiva de redes integradas e conectadas.

Para se fortalecer enquanto prática, a intersetorialidade precisa envolver um processo de planejamento, organização e gerenciamento de diferentes esferas, como saúde, educação e saneamento, dispostas em espaços compartilhados de poder, atuando com racionalização de recursos e articulação de interesses, saberes e práticas dos atores envolvidos, visando maior efetividade nos resultados das intervenções (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

O poder é uma dimensão importante quando se fala em intersetorialidade, pois esse contexto se constitui em um campo político, marcado por diferentes interesses, disputas de poder, saberes e recursos, e permeado por aspectos socioeconômicos e culturais (CORDEIRO, 2008).

Para Sousa (2014), é nesse cenário que diferentes atores precisam dialogar para tomar decisões e construir consensos, com compartilhamento de poder. Nesse sentido, para a autora, a operacionalização da articulação entre setores e saberes na perspectiva intersetorial pode ser compreendida como o processo de planejamento conjunto, em que interesses e conflitos são negociados em busca de realizar um objetivo comum.

De acordo com Andrade (2006), a intersetorialidade representa um dilema para o setor saúde, pois o conceito de saúde legitimado pela Constituição Federal de 1988 gerou tensão com o paradigma do Estado ao atribuir a uma política setorial a responsabilidade de operar uma política necessariamente intersetorial.

No contexto das políticas de saúde brasileiras, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) tem como objetivo enfrentar esse desafio, apresentando-se como estratégia transversal, com estreita relação com a Vigilância em Saúde, que requer a mobilização de trabalhadores e de recursos políticos e financeiros de vários setores, além de agendas governamentais com foco em políticas públicas favoráveis à vida.

Revisada mais recentemente, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) reforçou esse desafio em seus objetivos e diretrizes, por meio do estímulo à cooperação

e à articulação intra e intersetorial na atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde e do compartilhamento de planos, metas e recursos comuns.

Ressaltamos, entretanto, que, tal qual o pensamento de Mendes (2006) quando defende a importância das ações intersetoriais, não significa dizer que as singularidades de cada setor devem ser eliminadas, mas, sim que as especificidades sejam reconhecidas e, em conjunto, construam uma nova proposta.

Diante da complexidade envolvida no trabalho intersetorial, Inojosa (2001) considera quatro pontos como fundamentais para o desenvolvimento de ações nessa perspectiva: superação do paradigma da disjunção por um que contemple a diversidade, com uma nova postura - outro jeito de pensar, criar e se comunicar frente aos problemas; projeto político transformador das políticas públicas, para que deixem de ser configuradas por ações assistencialistas, enfrentando contradições sociais históricas para a transformação das estruturas sociais; planejamento e avaliação participativos e com base regional, pensado em nível local, incluindo o maior número de atores, com poder decisório e autonomia; e atuação em rede de compromisso social, articulando instituições do governo e a sociedade em ações integradas.

Um dos contextos em que a intersetorialidade tem sido pesquisada é no âmbito da Atenção Básica, especialmente na ESF, uma vez que ela opera sob a lógica do território, do vínculo com a população e da responsabilidade sanitária. Dessa forma, a ESF atua muito próxima de outros serviços que prestam algum nível de cuidado aos sujeitos, como escolas, igrejas, associações e equipamentos sociais, sendo necessário construir o diálogo para que esses sujeitos não sejam alvo de uma mera justaposição de intervenções. Além disso, é preciso estar atento à prática de encaminhamento como transferência de responsabilidade, quando os usuários são “jogados” entre diversos pontos da rede que não se comunicam e não assumem compromisso com o sujeito.

Alguns estudos no âmbito da Atenção Básica têm apontado, entretanto, que o caminho da intersetorialidade ainda está em construção (SILVA, D., 2013; GONÇALVES et al., 2011), desenvolvendo-se de forma incipiente, com ações isoladas e fragmentadas e sem transpor as barreiras da comunicação.

Segundo Mendes (2006, p. 253), para atuar intersetorialmente é preciso romper as “barreiras comunicacionais” e as “paredes de chumbo” que separam atores e instituições. Torna-se essencial a construção de espaços comunicativos e de cogestão de projetos e o investimento em mecanismos mais fluidos e eficazes de comunicação, com abertura de canais de escuta e diálogo.

Nesse sentido, a intersetorialidade depende da vontade política dos gestores e da sensibilização dos profissionais (SCHUTZ; MIOTO, 2010).

Ainda com relação aos profissionais, é preciso discutir a formação, pois os cursos de graduação e pós-graduação podem ter um papel importante no fortalecimento das ações intersetoriais, desde que formem profissionais como sujeitos críticos, com uma visão ampliada sobre os problemas de saúde e com uma postura humanista e engajada para intervir na realidade (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Tal consideração remete ao fato de que a intersetorialidade tem estreita relação com o conceito de interdisciplinaridade, que, para Japiassú (1976), se caracteriza pela troca entre especialistas e interação entre as disciplinas, superando as fronteiras disciplinares. A interdisciplinaridade tem ganhado destaque no campo da saúde nos últimos anos, pois cresce a compreensão sobre a necessidade do trabalho em equipe, integrando diferentes saberes e olhares.

A intersetorialidade vem, portanto, dar conta da complexidade que envolve as necessidades de saúde e seus múltiplos determinantes e condicionantes, os quais exigem intervenções abrangentes, hoje divididas entre diversos setores. Se expressa como proposta inovadora, que busca transformar paradigmas e modificar práticas, e envolve desde a construção de agendas comuns, até a cogestão de políticas públicas que transcendam os setores para transformar a realidade sanitária e social brasileira.

2.4 DISTRITO SANITÁRIO E SUA INTERFACE COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Os Distritos Sanitários começaram a ser implantados na época dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), entre os anos 1987 a 1989, em estados como Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo, e procuravam organizar os serviços em uma rede integrada, a partir de um modelo de atenção de cunho epidemiológico (PAIM, 2012).

Segundo Teixeira (2006), as bases conceituais da criação dos Distritos Sanitários estão relacionadas à proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), ao planejamento estratégico situacional, à análise da situação de saúde, além do referencial de Milton Santos para delimitação dos territórios.

A concepção proposta com os Distritos Sanitários não se reduz a uma simples divisão geográfica, de um ponto de vista topográfico, nem burocrática, mas a um território dinâmico que partilha características epidemiológicas e sociais, além de necessidades de saúde que

envolvem uma complexa rede de serviços e a reorganização das práticas e da atenção (MENDES et al., 1995).

Nesse sentido, Mendes (1995) considera o Distrito Sanitário, ou a distritalização, cujo termo utiliza, como processo social de mudança de práticas sanitárias, composto por três dimensões: política, uma vez que busca a transformação do sistema nacional de saúde a partir do nível local, com poder compartilhado entre distintos atores; ideológica, por optar por uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a partir das necessidades da população; e técnica, por envolver a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação.

Para Paim (2012, p. 475), o Distrito Sanitário pode ser definido como uma

Unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos, onde se localizam recursos de saúde, públicos e privados, organizados por meio de um conjunto de mecanismos políticos institucionais, com a participação da sociedade organizada, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde.

Assim, os Distritos Sanitários delimitam um território-processo, que contempla uma população adscrita e uma rede de serviços de saúde e equipamentos sociais que deve ser conhecida e articulada. Deve ainda se organizar de acordo com diretrizes como integralidade, intersetorialidade, participação social e efetividade (PAIM, 2012).

Essa unidade organizacional e administrativa mínima deve ter base territorial definida geograficamente, ainda que não se reduza a isso, composta por serviços de saúde que atendam ao perfil epidemiológico da população de seu território, o que pode significar todo o território do município, parte dele, um agrupamento de bairros, ou ainda um consórcio de municípios, em que a sede seja o de maior capacidade resolutiva em saúde (GONDIM et al., 2008).

Dessa forma, o Distrito Sanitário, de acordo com Mendes e outros (1995), implica um território em permanente construção, onde se tencionam atores sociais e seus projetos que precisam ser negociados em um jogo de alianças e conflitos e em redes de solidariedade, o que implica considerá-lo como espaço político.

Para Mendes e outros (1995), a organização de práticas de vigilância em saúde permite ao Distrito Sanitário o enfrentamento de problemas contínuos, ou seja, dos determinantes e condicionantes que impactam na saúde de indivíduos e grupos populacionais, práticas essas que devem assumir hegemonia em relação às práticas voltadas para demandas mais pontuais e em nível individual.

Segundo Vilasbôas (1998), a proposta de Vigilância em Saúde difundida no País esteve desde o início vinculada à construção dos Distritos Sanitários, se constituído como uma opção de organização dos processos de trabalho em saúde para esse recorte regionalizado do sistema de saúde. Traduziam, assim, a proposta de adotar o território como categoria central de organização dos serviços e práticas de saúde, buscar a identificação e enfrentamento de seus problemas e reconhecer a importância da articulação com outros setores. Dessa forma, consideramos que o Distrito Sanitário pode fortalecer as práticas de vigilância em saúde por meio do planejamento e do desenvolvimento de ações em nível local.

Nessa direção, Mendes (1995) mostra que o Distrito Sanitário é o espaço operativo do sistema de saúde, ou seja, o espaço onde ele adquire concretude por meio da relação entre os serviços e a população. Trata-se de um espaço local, político e técnico-científico, o que assinala seu potencial de modificar as práticas e o sistema de saúde.

Do ponto de vista institucional, Mendes (1995) destaca que a distritalização tem íntima relação com a descentralização política-administrativa, já discutido neste estudo. Outro conceito envolvido nessa discussão é o de municipalização, que, para Teixeira (1991), é parte do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde. A municipalização expressa o preceito constitucional de atribuir ao município a competência de prestar serviços de saúde e está inserida no campo de disputas políticas, institucionais e sociais que concorrem para sua implementação. Para a autora, a distritalização representa um aprofundamento do processo de municipalização, pois envolve a transferência de gestão aliada à transformação das práticas de saúde.

Nessa mesma direção, Paim (2003) concebe a distritalização como um processo político-organizativo no nível local com capacidade de reorientar o sistema de saúde e a atenção prestada. Por outro lado, Gondim e outros (2008) analisam que embora a proposta de distritalização tenha sido exaustivamente debatida, não se difundiu como deveria no país e, atualmente, as atenções se voltam para o conceito de regionalização, que não será objeto de discussão.

Apesar disso, consideramos que os Distritos Sanitários podem ter representado um significativo avanço no deslocamento do poder para os espaços locais, pois, como discute Mendes (2006), permite conjugar duas estratégias: a ordenação da atenção primária, por meio da Saúde da Família, competência já legitimada da instância municipal; e a articulação com a atenção secundária e terciária, como resultado das negociações nos espaços gestores.

3 METODOLOGIA

A metodologia em um trabalho de pesquisa expressa os procedimentos sistematizados para o alcance dos resultados almejados (SANTANA, 2010). A construção da metodologia é uma etapa importante do trabalho de pesquisa, refletindo, inicialmente, um plano que se concretiza no seguimento das etapas de investigação até a apresentação dos resultados. A seguir apresentamos as etapas metodológicas percorridas no presente estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa teve abordagem qualitativa, que, para Minayo (2006), tem a capacidade de expressar o significado e a intencionalidade dos atos, relações e estruturas sociais, lidando com a complexidade, a diferenciação, a especificidade histórica e a totalidade dos objetos. A escolha dessa abordagem considerou a necessidade de aprofundamento sobre a compreensão das práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade, a partir dos discursos, no contexto estudado.

Segundo Santana (2010), a pesquisa qualitativa não se propõe a generalizar seus resultados ou representar uma realidade abrangente, mas, sim, representar a experiência focalizada pelos atores pesquisados.

Por outro lado, Minayo (2017, p.16) defende que, do ponto de vista ético e filosófico, a generalização nas abordagens qualitativas é possível, “não como significância estatística, mas como compreensão de processos semelhantes que ocorrem com os seres humanos frente aos mesmos desafios”.

Esta pesquisa constituiu-se ainda em um estudo exploratório, que se caracteriza por permitir a aproximação do pesquisador com tema, explorando possibilidades do objeto (SANTANA, 2010).

De forma complementar, Gil (2002) acrescenta que a pesquisa exploratória torna o objeto mais explícito, permite a construção de hipóteses e/ou pressupostos, aprimora ideias e revela intuições.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi executada no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador, com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde. A escolha por esse Distrito Sanitário se

justificou por ser um dos maiores em extensão territorial e o maior em contingente populacional da cidade. Como recorte do cenário de estudo, a pesquisa incluiu a sede administrativa do Distrito Sanitário e uma Unidade de Saúde da Família (USF).

A sede administrativa do Distrito Sanitário foi definida por seu papel central nas ações de gestão, coordenação e apoio técnico às unidades de saúde. Por sua vez, a USF tomada como cenário de estudo, teve como critério de escolha possuir maior tempo de implantação, pois consideramos que o tempo favorece o estabelecimento de vínculo, o conhecimento do território e o fortalecimento dos processos de trabalho. Foi mantido sigilo sobre o nome da unidade para preservar a identificação dos profissionais.

3.2.1 O Distrito Sanitário Cabula-Beirú

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador³, estima-se que a população da cidade era de 2.883.672 habitantes no ano de 2016, organizando-se em 12 Distritos Sanitários. Nesse mesmo ano, a população do Distrito Sanitário Cabula-Beirú era de 423.696 habitantes, sendo 222.603 do sexo feminino e 201.093 do sexo masculino, com extensão territorial de cerca de 25,42 km² e densidade demográfica de 16,67 hab./ km², abrangendo 17 bairros.

Até o período de conclusão desse estudo, a rede municipal de serviços de saúde do Distrito Sanitário era composta por 18 unidades de saúde de Atenção Básica, sendo 10 na modalidade de Unidade Básica de Saúde (UBS) e oito na modalidade da ESF, com duas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), apoiando três unidades de ESF. O Distrito Sanitário Cabula-Beirú possuía ainda um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um deles CAPS-AD, voltado à população em sofrimento por abuso de álcool e outras drogas, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dois Pronto Atendimentos (PA).

No território do Distrito Sanitário há ainda equipamentos de saúde da rede estadual, o Hospital Geral Roberto Santos, o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, a Central Médica Penitenciária e a UPA Roberto Santos.

Há duas grandes instituições de ensino superior, a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), instituição pública estadual, e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que é de caráter privado, com as quais se mantém estreita relação de integração ensino-serviço em

³ Dados disponibilizados no espaço virtual da intranet mantido pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

saúde. Além disso, há cerca 195 escolas de ensino fundamental e médio, entre públicas e privadas.

Entre os equipamentos sociais, conta com quatro Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), dois Centros Sociais Urbanos e diversas instituições não-governamentais.

De acordo com dados da Análise de Situação de Saúde (2005-2015), no ano de 2016 a cobertura de Atenção Básica do Distrito Sanitário estava estimada em 35,8%, a da ESF em 24,6% e a Saúde Bucal em 27,9%.

Quanto ao perfil de mortalidade, as três principais causas de morte no período entre 2005-2015 foram: doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade e neoplasias (tumores). As taxas de mortalidade materna no período pesquisado estão entre as mais altas entre os Distritos Sanitários de Salvador e, em 2015, foi de 57,7/100.000 nascidos vivos. Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil apresentou tendência de queda no período.

3.2.2 A Unidade de Saúde da Família

Como ressaltado, a USF não foi identificada no estudo, mas apresentamos a seguir alguns dados de forma a caracterizar o cenário da pesquisa.

A unidade de saúde foi a primeira na modalidade da ESF a ser implantada no Distrito Sanitário Cabula-Beirú, fato que ocorreu há cerca de 13 anos. Atualmente, possui quatro eSF com equipes mínimas completas e quatro equipes de Saúde Bucal, uma delas incompleta, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A unidade tem população cadastrada de 11.482 indivíduos, sendo que a equipe selecionada para a pesquisa tem 2.919 usuários cadastrados. As três principais condições de saúde que acometem a população da microárea da equipe são: hipertensão, diabetes e uso de álcool. Ressaltamos que em muitos casos a condição de saúde apresenta comorbidade com outra, como ocorre especialmente entre a hipertensão e a diabetes⁴.

A unidade é de fácil acesso em termos de localização geográfica, tem sede própria e de modo geral tem boas condições estruturais.

⁴ Segundo dados do Portal MAS, que mantém informações alimentadas pelos ACS quanto a cadastro individual, domiciliar, de visitas domiciliares, entre outros, a partir das fichas do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Acesso em 03 de maio de 2018.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes selecionados foram o gestor, os trabalhadores e os usuários da USF que foi cenário de estudo e gestores da sede administrativa do Distrito Sanitário. A escolha dos participantes foi justificada por consideramos que esses são os principais atores que podem refletir sobre as dimensões do objeto de estudo, compondo o que Minayo (2006) chama de amostra ideal em abordagens qualitativas. A autora sugere ainda como critério nessas amostras a utilização de uma triangulação pela combinação de diferentes informantes.

Diante disso, os participantes foram distribuídos em três grupos, conforme discriminados abaixo:

Grupo 1: trabalhadores da eSF - médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, ACS - e o gerente da unidade.

Previamente buscamos definir algumas categorias profissionais da ESF para participação no estudo, a partir de critérios baseados nas suas atribuições definidas na PNAB (BRASIL, 2017). Assim, o ACS foi definido como informante fundamental por realizar o diagnóstico do território, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento. O médico, o enfermeiro e o cirurgião-dentista por compartilharem em comum a atribuição de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, sendo que o segundo ainda tem a atribuição de supervisioná-los. Consideramos que a opção de não incluir todos os membros não trouxe limitações, pois houve saturação dos achados.

A partir disso, foram definidos como critérios de inclusão no Grupo 1: uma eSF em que todos os profissionais tinham vínculo estatutário e, como isso se aplicou a duas equipes, adotamos ainda como critério para definição, o maior tempo de trabalho do profissional médico na unidade. O critério incluiu o tempo por considerar que o maior período de trabalho pode favorecer o fortalecimento do vínculo e das práticas, e a categoria médica, por considerar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes de atenção básica. O critério de maior tempo de trabalho também foi utilizado na seleção do ACS, já que cada equipe possui mais de um profissional dessa categoria. O gerente, por sua vez, foi incluído como informante chave. Como critérios de exclusão, adotamos: estar de férias ou de licença do serviço, no momento da coleta de dados.

Ressaltamos que inicialmente havia a previsão de incluir duas eSF da unidade, mas diante do tempo para realização da pesquisa e considerando que os dados obtidos com uma equipe possibilitaram cumprir o objetivo da pesquisa, incluímos apenas uma equipe no grupo G01.

Grupo 2: gestores do Distrito Sanitário – Subcoordenação de Atenção e Vigilância à Saúde, Chefia de Vigilância e Informação e Chefia de Ações Básicas.

Foram selecionados como informantes chaves, considerando-se que são os principais gestores com envolvimento direto com as práticas de saúde das eSF. Os critérios de exclusão para o grupo 2 foram: estar de férias ou de licença do serviço, no momento da coleta de dados.

Grupo 3: usuários da USF, representando a população do território.

O grupo 3 foi composto mediante o convite de usuários presentes na unidade de saúde no dia da coleta de dados. Foram incluídos usuários com no mínimo seis meses de tempo de residência no bairro e que fossem vinculados à eSF pesquisada. Os critérios de exclusão foram: ter idade inferior a 18 anos e estar frequentando a unidade de saúde pela primeira vez no momento da entrevista. O número de participantes do grupo 3 não foi estabelecido previamente, sendo definido pelo critério de saturação dos dados, ou seja, quando foram capazes de delinear o quadro empírico da pesquisa (MINAYO, 2006).

Para respeitar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, eles não foram identificados ao longo deste texto, pois buscamos evitar que as informações obtidas causem prejuízos aos envolvidos. Isso incluiu não identificar a categoria profissional ou o cargo de gestor. Diante disso, utilizamos códigos definidos pelo grupo e ordem das entrevistas para identificar os participantes, por exemplo: G01E01, G02E02, G03E03.

O número de entrevistados totalizou 13 participantes, sendo cinco no G01, três no G02 e cinco no G03. No grupo G01 apenas o gerente não possui vínculo estatutário, os demais atenderam a esse critério da pesquisa. No grupo G02, os três gestores são servidores estatutários do município. A seguir apresentamos o quadro 2 com a caracterização dos entrevistados dos grupos G01 e G02.

Quadro 2- Caracterização dos entrevistados dos grupos G01 e G02

Grupo	Participante	Tempo de formação (anos)	Pós-graduação	Pós-graduação em Atenção Básica	Pós-graduação em Vigilância em Saúde	Tempo de experiência com Atenção Básica e/ou Vigilância em Saúde	Tempo de trabalho na unidade (anos)
Grupo 1	G01E01	7	Sim	Não	Não	1	1
	G01E02	22	Sim	Não	Não	18	13

	G01E03	15	Sim	Sim	Não	15	13
	G01E04	32	Não	Não	Não	13	13
	G01E05	8	Sim	Não	Não	2	2
Grupo 2	G01E01	15	Sim	Não	Não	9	9
	G02E02	8	Sim	Não	Não	3	06 meses
	G03E03	16	Sim	Não	Não	11	11

Fonte: Roteiro da entrevista (APÊNDICE C)

Entre os profissionais dos grupos G01 e G02, o menor tempo de formação foi de sete anos e o maior de 32 anos. A maior parte possui pós-graduação, embora não sejam nas áreas de Atenção Básica ou Vigilância em Saúde. Apenas o entrevistado G01E03 informou pós-graduação em Atenção Básica. Quanto ao tempo de experiência na Atenção Básica ou Vigilância em Saúde, a maioria tem mais de nove anos de experiência, embora três dos entrevistados tenham entre um e três anos. Já em relação ao tempo de trabalho na unidade, seja a USF no caso dos participantes do G01, e o Distrito Sanitário, no caso dos participantes do G02, a maioria trabalha nas unidades há mais de nove anos. Os menores tempos de trabalho variaram entre 06 meses a 2 anos.

Na sequência, apresentamos a caracterização do grupo de usuários que participaram do estudo.

Quadro 3- Caracterização dos entrevistados do grupo G03

Grupo	Participante	Idade	Nível de escolaridade	Tempo que reside no território	Tempo que frequenta a USF
Grupo 3	G03E01	48	Fundamental incompleto	13	13
	G03E02	57	Fundamental incompleto	35	13
	G03E03	19	Fundamental incompleto	19	13
	G03E04	28	Ensino médio completo	28	13
	G03E05	37	Superior incompleto	37	13

Fonte: Roteiro da entrevista (APÊNDICE D)

Os usuários entrevistados têm idades que variam entre 19 e 57 anos. Quanto ao nível de escolaridade, três possuem ensino fundamental incompleto, um possui ensino médio completo

e um tem o nível superior incompleto. Todos residem há muitos anos no território, variando entre 13 e 37 anos, e frequentam a unidade desde a sua inauguração.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista, considerando o objetivo de acessar o discurso dos participantes, e de análise de documentos, pela relevância de evidenciar os dados já produzidos e sistematizados no desenvolvimento das práticas de vigilância em saúde.

Utilizamos a entrevista individual semiestruturada, que é aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas), previamente selecionadas, e abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema, sem estar preso completamente à pergunta feita (MINAYO, 2006).

Para Gil (2002), a entrevista de pesquisa é uma atividade complexa, que deve partir de uma boa escolha e formulação das perguntas, de modo que estejam adequadas para os dados que se pretende obter. Além disso, é importante o cuidado do entrevistador durante a realização da entrevista, criando um ambiente que estimule o entrevistado e sem situações que inibam as respostas.

Foram utilizados dois instrumentos, do tipo roteiro, um para profissionais e gestores (APÊNDICE C) e outro para usuários (APÊNDICE D) com questões referentes ao problema e aos objetivos de pesquisa, abarcando a compreensão dos participantes sobre as dimensões pesquisadas e a análise das práticas voltadas para o território, os problemas e a intersetorialidade. Para cada questão foram estabelecidos alguns pontos norteadores, baseados na literatura sobre o tema, com o objetivo de auxiliar o entrevistador a explorar o discurso dos participantes com esclarecimentos, quando necessários, mas preservando a dinâmica e flexibilidade do discurso. As entrevistas foram gravadas, com a permissão dos participantes, mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e duraram em média 30 minutos.

O contato com os gestores do Distrito Sanitário foi facilitado pela inserção da pesquisadora nesse local de trabalho. O contato com os participantes do G01 foi iniciado com o gestor da USF, quando foi possível obter informações para a definição da equipe que atendia aos critérios da pesquisa. Em seguida, foram feitos os convites aos profissionais da equipe. As entrevistas com os participantes dos grupos G01 e G02 foram agendadas e realizadas em salas do próprio local de trabalho, que garantiam a privacidade dos participantes. Já para o contato com os usuários, tivemos o auxílio de um dos profissionais da eSF para compreender a dinâmica de funcionamento da unidade e definir a melhor estratégia de abordagem. Assim, os usuários

foram abordados e convidados pela pesquisadora enquanto aguardavam atendimento ou outro tipo de serviço com algum dos profissionais da eSF, o que facilitou a identificação dos usuários vinculados à equipe, segundo o critério da pesquisa. A entrevista com os usuários foi realizada em sala disponibilizada na unidade.

Os documentos utilizados para a coleta de dados secundários, ou seja, dados já produzidos e que estão disponíveis para fins de pesquisas (SANTANA, 2010) foram: Relatório Quadrimestral consolidado do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2017), Programação Anual de Saúde do Distrito Sanitário 2017, Relatório Quadrimestral consolidado da USF 2017, Análise de Situação de Saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2005-2015) e Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021 (volumes I e II). Inicialmente havíamos incluído também o mapa do território da equipe, mas houve dificuldade em ter acesso a esse documento, não sendo possível a sua análise.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados da entrevista foi baseada na produção de sentidos, por meio das práticas discursivas, conforme proposta de Spink (2010). Nessa perspectiva, o sentido é compreendido como uma construção social, por meio do qual as pessoas, pelo uso da linguagem, constroem sua forma de compreender as situações e fenômenos do mundo. Segundo a autora, produzimos sentido o tempo todo, sendo possível ao pesquisador fazer recortes das atividades do cotidiano e analisar como as pessoas compreendem determinado fenômeno, ou seja, os sentidos que elas constroem.

As práticas discursivas, por sua vez, são a linguagem em ação, ou seja, as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos, ressignificam e se posicionam nas relações sociais (SPINK; MEDRADO, 2013).

Segundo Spink e Medrado (2013), a produção de sentidos se define a partir de três dimensões básicas: linguagem, entendida como prática social; história, que sinaliza o aspecto temporal da produção de sentidos; e pessoa, termo que remete às relações dialógicas.

Quanto à dimensão da história, a produção de sentidos se processa em três tempos: o tempo longo, referente aos conteúdos culturais construídos historicamente, incluindo os diferentes saberes; o tempo vivido, que é de ressignificação desses conteúdos históricos pelos processos de socialização; e o tempo curto, que remete à interação dialógica do aqui e agora (SPINK, 2010).

Para sistematizar o processo de análise das entrevistas nessa perspectiva, Spink (2010) e Spink e Lima (2013) propõem a construção dos mapas de associação de ideias ou mapas dialógicos ou simplesmente mapas.

Segundo Spink e Lima (2013), os mapas são instrumentos de visualização utilizados para subsidiar o processo de interpretação e dar visibilidade aos resultados. A construção dos mapas inicia-se com a definição de categorias gerais temáticas, que expressam os objetivos e dimensões teóricas da pesquisa. Os dados são, então, organizados a partir dessas categorias, buscando preservar a sequência das falas, que são deslocadas entre as colunas previamente definidas.

Ressalta-se que as categorias gerais não podem ser definidas previamente, pois emergem da leitura inicial do material, sendo estratégias desenhadas para explicar, organizar e dar sentido aos dados, estando, entretanto, vinculadas ao contexto que as produzem (SPINK; LIMA, 2013).

Baseado em Santos (2010) e Spink e Lima (2013) foram adotados os seguintes passos para construção dos mapas neste estudo:

- Transcrição completa das entrevistas, sendo digitadas em um processador de textos, tipo Microsoft Word;
- Leitura exaustiva das entrevistas;
- Definição de categorias temáticas;
- Construção dos quadros/mapas;
- Transferência do conteúdo das entrevistas para as colunas correspondentes.

Dessa forma, para cada dimensão de análise das práticas de vigilância em saúde selecionadas previamente - território, problemas de saúde e intersetorialidade, foram definidas categorias temáticas a partir das leituras e análises iniciais das entrevistas. Ressaltamos que as categorias temáticas não foram definidas previamente e buscaram expressar os objetivos e dimensões teóricas da pesquisa. A partir disso, para cada categoria temática foi elaborado um mapa de associação de ideias (APÊNDICE E), proposta de sistematização de dados baseada em Spink e Lima (2013) e no modelo utilizado por Santos (2010). Os mapas têm o formato de tabela, composta por linhas e colunas, onde são dispostos os discursos dos participantes. Apresentamos a seguir uma versão resumida de um dos mapas construídos no processo de análise.

Quadro 4 – Versão resumida do mapa de associação de ideias referente aos sentidos sobre o território para o grupo G01

SENTIDOS SOBRE O TERRITÓRIO				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
O território daqui é amplo. [...] Mas não é uma comunidade violenta [...]	Seria uma área adscrita, com sua história [...] E no momento eu tô percebendo muita gente aderindo ao SUS [...] É, fatores de risco a gente observa assim muito alcoolismo [...]	É um território misto, território que tem pessoas com condição financeira bem equilibrada que não precisa da unidade, que tem plano de saúde, e em contrapartida você encontra pessoas a nível de submundo [...]	[...] nós tínhamos valas abertas que junto com a prefeitura, a gente conseguiu fechar. Eu acho que o maior problema pra gente hoje é o tráfico [...] O território a gente conhece diariamente [...]	É um território, na minha opinião, de uma população que dentro de Salvador não é a população assim mais carente que existe [...] Embora, até agora com a crise, isso aí tenha até feito, a demanda no posto aumentou [...]

Fonte: Dados de pesquisa (APÊNDICE E)

Para a análise dos dados secundários, utilizamos uma matriz de análise, adaptada da proposta de Santos (2010), composta por sete dimensões. Realizamos a leitura exaustiva de cada documento, identificando as dimensões propostas pela matriz, e construímos uma matriz para cada documento (APÊNDICE F). Os dados foram, então, relacionados aos achados das entrevistas, buscando relações semelhantes, divergentes ou complementares. No quadro a seguir apresentamos uma das matrizes construídas na análise dos dados.

Quadro 5- Matriz de análise de documentos

Nº	DIMENSÕES
1	Tipo de documento Relatório Quadrimestral consolidado do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2017)
2	Autor institucional Distrito Sanitário Cabula-Beirú
3	Para quem? Secretaria Municipal de Saúde
4	Ano 2017
5	Tema central Relatório de atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário no ano de 2017
6	Como? Baseado na Programação Anual de Saúde 2017, trata-se de um instrumento que agrega os resultados das atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário no ano de 2017. No instrumento constam objetivos, ações, atividades, meta/produto, responsáveis, prazo, resultado, grau de classificação (escala que varia entre <25% e >75%), dificuldades,

	facilidades e proposições. A cada quadrimestre os profissionais do Distrito Sanitário consolidam os resultados alcançados em cada atividade, que são comparados com a meta, determinando o grau de classificação. O relatório consolidado apresenta os resultados agregados ao longo do ano.
7	Relevância para o estudo Tem estrutura e conteúdo semelhante ao da PAS 2017. Os dados podem ser analisados tanto quantitativamente, em comparação com a meta estabelecida, quanto qualitativamente, a partir das dificuldades, facilidades e proposições descritas em campo específico.

Fonte: Matriz baseada em Santos (2010). Dados de pesquisa (APÊNDICE F)

A utilização dessas técnicas permitiu compreender os sentidos convergentes, divergentes e complementares entre os discursos dos participantes de um mesmo grupo e de grupos diferentes, além da análise dos discursos e dos documentos.

3.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Na realização desta pesquisa cumprimos os preceitos éticos regulamentados pela Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os direitos e deveres dos participantes e dos pesquisadores, com atenção aos referenciais da bioética relacionados à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Após a autorização da realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, a pesquisa foi submetida à apreciação do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a citada resolução.

Após a obtenção de parecer favorável do CEP nº 2.381.987 (ANEXO A), esse documento foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que autorizou o início da coleta de dados, por meio de parecer do órgão (ANEXO B). A pesquisa, então, foi iniciada com o convite aos participantes, que, após concordar com sua participação, leram e assinaram o TCLE antes da realização das entrevistas. Considerando as especificidades dos grupos participantes foram elaborados dois tipos de TCLE (APÊNDICES G e H), um para os profissionais da equipe de saúde e gestores, e outro para os usuários, ambos conforme a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

Os procedimentos da pesquisa e a apresentação dos resultados buscaram respeitar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, que não foram em nenhum momento identificados, de forma que as informações obtidas não causem prejuízos aos envolvidos.

Tais procedimentos buscaram garantir o que Spink e Menegon (2013) chamam de ética da pesquisa, ou seja, o que está prescrito e normatizado. Os autores propõem ainda a adoção do que chamam de pesquisa ética, por meio da adoção de uma postura reflexiva na produção do conhecimento, da visibilidade dos procedimentos de coleta e análise de dados e do cuidado na relação entre pesquisadores e participantes.

Nesse sentido, espera-se que os resultados obtidos possam propiciar aos participantes a reflexão sobre suas práticas e contribuir com o aperfeiçoamento dos processos de trabalho na vigilância em saúde, refletindo-se na atenção ao usuário. Para isso, é fundamental divulgar à comunidade científica, aos gestores e profissionais os resultados obtidos e as reflexões resultantes da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados no formato de dois artigos, já configurados conforme as regras de submissão das revistas. O primeiro, intitulado *Sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersectorialidade*, será submetido à revista *Ciência e Saúde Coletiva* e propõe compreender os sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersectorialidade. O segundo tem o título *Práticas de vigilância em saúde na perspectiva do território, dos problemas de saúde e da intersectorialidade em um Distrito Sanitário de Salvador*, será submetido à revista *Cadernos de Saúde Pública* e tem como objetivo analisar, a partir dos discursos, como as práticas de vigilância em saúde, nas dimensões do território, dos problemas de saúde e da intersectorialidade, são desenvolvidas por profissionais da ESF e gestores.

4.1 ARTIGO 1

Sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade

Sense attributed by professionals, managers and users on territory, health problems and intersectoriality

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender os sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade, considerados dimensões da Vigilância em Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, que teve como cenários a sede administrativa do Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador e uma Unidade de Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e a análise baseada na produção de sentidos. Os resultados apontaram que predominou entre os entrevistados o sentido de território-processo, definido por sua dinamicidade e aspectos sociais. O sentido dos problemas de estado de saúde foi predominante entre profissionais e gestores, enquanto os problemas dos sistemas e serviços de saúde locais predominou entre os usuários. Profissionais e gestores associaram a intersetorialidade ao trabalho em equipe multiprofissional e à perspectiva intrasetorial, e os usuários demonstraram pouco conhecimento sobre as atividades intersetoriais desenvolvidas na unidade. Concluímos que há necessidade de maior incorporação do sentido de território-processo na compreensão dos problemas de saúde e da intersetorialidade, articulando-se os saberes e fazeres dos atores sociais em um território vivo e dinâmico.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Território, Problemas de saúde, Intersetorialidade

Abstract

This study aimed to identify the meanings attributed by professionals, managers and users on territory, health problems and intersectoriality, considered dimensions of Health Surveillance. This is a qualitative and exploratory research that was based on the administrative headquarters of the District Cabula-Beirú Sanitary in Salvador and a Family Health Unit. The data were collected through a semi-structured interview and the analysis based on the production of meanings. The results showed that the sense of territory-process, defined by its dynamicity and social aspects, prevailed among the interviewees. The sense of health status problems was predominant among professionals and managers, while problems of local health systems and services predominated among users. Professionals and managers associated intersectoriality with multiprofessional team work and the intrasectoral perspective, and users showed little knowledge about the intersectoral activities developed in the unit. We conclude that there is a need for greater incorporation of the sense of territory-process in the understanding of health problems and intersectoriality, articulating the knowledge and actions of social actors in a living and dynamic territory.

Keywords: Health Surveillance, Territory, Health Problems, Intersectoriality

Introdução

O território, os problemas de saúde e a intersectorialidade compõem os três pilares da Vigilância em Saúde, concebida por Mendes¹ como uma resposta social ante aos problemas de saúde da população, que busca recolocar o espaço do coletivo na expressão das doenças, integrando estratégias de ações individuais e coletivas.

Há duas formas principais de conceber o território: por critérios geopolíticos, tomando-o como um espaço físico que está pronto, e como um território-processo, em permanente construção, e produto de processos dinâmicos onde vivem os sujeitos sociais¹.

Os problemas de saúde, por sua vez, podem ser definidos como a percepção de uma discrepância entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada por um ator social, representando necessidades de saúde².

Quanto ao conceito de intersetorialidade, remete à capacidade de articular saberes e experiências de atores de diferentes setores para planejar, executar e avaliar ações empreendidas conjuntamente, cujos resultados buscam promover um efeito positivo sinérgico nas condições de vida de uma população³.

Assim, ressaltamos que a concepção de Vigilância em Saúde aqui adotada não se trata da mera junção de vigilâncias, indo além, ao propor sua integração com a assistência e as demais políticas públicas e a superação da dicotomia entre as práticas coletivas e individuais, contemplando a integralidade do cuidado⁴. Tal concepção foi incorporada à Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁵, considerada prioritária para a reorganização da Atenção Básica no País⁶, que busca intervir oportunamente sobre os determinantes do processo saúde-doença, com base na proximidade com o território e no conhecimento das famílias e dos problemas de saúde⁵, assim como proposto pela Vigilância em Saúde.

O estudo apresentado nesse texto faz parte de uma pesquisa maior, intitulada *Práticas de vigilância em saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário de Salvador*, que teve como objetivo analisar os discursos sobre as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. A partir disso, o objetivo deste trabalho é compreender os sentidos atribuídos por profissionais, gestores e usuários sobre território, problemas de saúde e intersetorialidade.

Metodologia

A pesquisa teve abordagem qualitativa e tipo exploratório, sendo desenvolvida no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador, incluindo como cenários sua sede administrativa e uma Unidade de Saúde da Família (USF).

O Distrito Sanitário possui 18 unidades de saúde de Atenção Básica, das quais oito são na modalidade da ESF, além de serviços de outros níveis de atenção à saúde. A cobertura de Atenção Básica no ano de 2016 era de 35,8%, a de ESF de 24,6% e a de Saúde Bucal de 27,9%. No território há também serviços da rede estadual de saúde, instituições de ensino superior e de outros setores.

A USF pesquisada não foi identificada, por questões éticas, e foi escolhida pelo critério de antiguidade. Os participantes foram reunidos em três grupos, totalizando 13 entrevistados:

G01: trabalhadores da equipe de Saúde da Família (eSF) - médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde (ACS) e o gerente da unidade (cinco participantes);

G02: gestores do Distrito Sanitário – selecionados como informantes chaves: Subcoordenação de Atenção e Vigilância à Saúde, Chefia de Vigilância e Informação e Chefia de Ações Básicas (três participantes);

G03: usuários da USF, vinculados à eSF pesquisada, totalizando cinco participantes, número definido pelo critério de saturação dos dados.

Os dados aqui apresentados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, utilizando dois instrumentos do tipo roteiro, um para o grupo G01 e G02, e outro para o grupo G03. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes, mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e duraram em média 30 minutos.

A análise das entrevistas foi baseada na produção de sentidos, que são o modo como as pessoas, pelo uso da linguagem, constroem sua forma de compreender os fenômenos do mundo⁷. A partir da proposta de Spink⁷, foram construídos mapas de associação de ideias, exemplificados em versão resumida no quadro 1.

Quadro 1 – Versão resumida do mapa de associação de ideias referente aos sentidos sobre o território para o grupo G01

SENTIDOS SOBRE O TERRITÓRIO				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
O território daqui é amplo. [...] Mas não é uma comunidade violenta [...]	Seria uma área adscrita, com sua história [...] E no momento eu tô percebendo muita gente aderindo ao SUS [...] É, fatores de risco a gente observa assim muito alcoolismo [...]	É um território misto, território que tem pessoas com condição financeira bem equilibrada que não precisa da unidade, que tem plano de saúde, e em contrapartida você encontra pessoas a nível de submundo [...]	[...] nós tínhamos valas abertas que junto com a prefeitura, a gente conseguiu fechar. Eu acho que o maior problema pra gente hoje é o tráfico [...] O território a gente conhece diariamente [...]	É um território, na minha opinião, de uma população que dentro de Salvador não é a população assim mais carente que existe [...] Embora, até agora com a crise, isso aí tenha até feito, a demanda no posto aumentou [...]

Fonte: Dados de pesquisa, elaboração própria

A pesquisa cumpriu os preceitos éticos regulamentados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob o parecer nº 2.381.987. Para respeitar a confidencialidade e a privacidade, os participantes foram identificados por códigos.

Resultados e discussão

Os resultados apresentados referem-se à compreensão dos sentidos atribuídos pelos entrevistados sobre as dimensões da Vigilância em Saúde: território, problemas de saúde e intersetorialidade.

Território

Para os entrevistados do G01 prevaleceu o sentido de território-processo, a partir de uma compreensão social e percepção de mudança, como expresso no discurso do entrevistado G01E02, que se aproxima em grande medida do sentido de território definido pela Vigilância em Saúde¹ e adotado nesse estudo - adscrito, vivo, com elementos históricos e culturais:

Seria uma área adscrita, com sua história tanto cultural, quanto, é, tradições, é, são mais ou menos parecidas. A gente vê essa divisão aqui de microáreas, cada um você vê seus aspectos, pessoas mais carentes, outras que têm uma condição socioeconômica mais elevada, com menos fatores de risco, então eu enxergo assim, uma coisa bem viva [...].

Esse discurso e os de outros participantes evidenciaram a existência de contrastes na condição socioeconômica da população da microárea e, também, que o contexto social implica em um território dinâmico, como a fala do participante G01E05, que reflete sobre um aumento na procura dos serviços da unidade diante do contexto de crise econômica do País.

[...] embora, até agora com a crise, isso aí tenha até feito, a demanda no posto aumentou por conta da crise, porque muitos perderam plano de saúde, né, é, por causa do desemprego [...].

Ressaltamos que a abordagem à saúde e ao território como produtos sociais é um movimento fundamental por situá-los na dinâmica de relações das pessoas com os territórios sócio-históricos, que devem ser discutidos em relação às estruturas sociais e aos elementos macropolíticos no contexto das políticas neoliberais⁸.

Assim, o discurso do entrevistado remete às relações entre o público e o privado na assistência à saúde e à ideia de um SUS para pobres, presente no discurso de profissionais e da sociedade em geral⁹. Na base desse contexto, segundo Paim⁹, está o avanço dos interesses do capital sobre a saúde como direito universal, engendrados pelo subfinanciamento, privatização

da assistência e financeirização da saúde, cujas investidas vêm ameaçando a consolidação do SUS.

Os discursos sobre o território do ponto de vista social abordaram também elementos como: saneamento básico, violência, nível de instrução e fatores de risco à saúde.

Para o entrevistado G01E04, a unidade de saúde teve um papel importante na transformação das condições de saneamento do bairro, o que remete à responsabilidade sanitária das equipes de Atenção Básica⁶.

[...] nós tínhamos valas abertas que junto com a prefeitura a gente conseguiu fechar. Só tem uma partezinha [...] que tá aberta ainda, que a gente vem trabalhando.

Por outro lado, esse mesmo profissional demonstra os limites de intervenção da equipe no enfrentamento da violência, considerando-a o maior problema da unidade de saúde.

Eu acho que o maior problema pra gente hoje é o tráfico, é a violência, porque antes eu saía [nome do bairro] de relógio, de cordãozinho, com meu celular, onde fosse eu não tinha medo. Ainda assim, a gente tem um excelente relacionamento com todos eles, então eles nos avisam, 'avisa a [nome do entrevistado] pra não descer que hoje não tá legal.

Esse discurso evidenciou que a violência impõe limites à atuação sobre o território, assim como no estudo de Santos et al.¹⁰, que identificou que a criminalidade associada ao tráfico, disputas de poder, tiroteio e assassinatos, faziam parte do cotidiano dos usuários e profissionais da unidade pesquisada, gerando limitações ao cuidado, insegurança e medo. Por outro lado, em nosso estudo, é possível perceber a existência de uma espécie de relação de proteção associada ao fato dos profissionais serem informados sobre situações que representam risco.

Outro elemento trazido nos discursos dos entrevistados, foi associação entre território e fatores de risco, como o do entrevistado G01E02:

É, fatores de risco a gente observa assim, muito alcoolismo, usuários de drogas também, tem aumentado muito, e doenças mentais [...].

Consideramos, entretanto, que na medida em que o discurso faz referência a transtornos mentais e comportamentais, aproxima-se mais do conceito de vulnerabilidade, pois enquanto o risco em saúde refere-se à probabilidade de uma pessoa desenvolver determinado agravo ou condição, a vulnerabilidade expressa o potencial de adoecimento em relação a determinados elementos e condições, como idade, questões socioeconômicas, problemas de saúde¹¹.

Apesar da predominância do sentido de território-processo, identificamos um discurso divergente que remeteu a uma concepção administrativa e geográfica do território¹:

O território daqui é amplo. [...] se tivesse uma outra equipe os pacientes seriam bem mais atendidos, ainda mais com essa questão do aumento da territorialização, né, que agora os ACS são o mínimo de 575 pessoas por ACS. Então, assim, 4 médicas, 4 enfermeiras, não dá conta. (G01E01)

Tal sentido corrobora a afirmação de Santos e Rigotto¹² de que parte dos profissionais operacionaliza o território de forma parcial, pelo viés administrativo e gerencial, o que pode limitar a identificação de problemas de saúde e formas de intervenção.

Entre os gestores também predominou o sentido do território-processo, como o discurso do entrevistado G02E01:

[...] isso aqui toda vez muda, por mais que a gente pense que aquela área tá daquele jeito quando a gente volta muda.

O gestor G02E02, por sua vez, complementou e ampliou o olhar sobre o território-processo, pois além da dinamicidade, abordou o seu sentido social, caracterizando-o por elementos socioeconômicos, como o tipo de moradia e a falta de acesso a serviços públicos, o que é congruente com a reflexão de que as desigualdades em saúde são social e politicamente localizadas⁸.

É surpreendente alguns tipos de moradias, a falta de acesso a equipamentos de saúde, a equipamentos de ensino, é muito precário. [...] Contudo, isso vem melhorando aos poucos com o trabalho das equipes. [...] atuando com as Universidades, em parcerias, conseguem mudar muitas realidades, seja ela na parte econômica, com capacitações, [...] na parte educacional [...] de forma até motivacional.

Para esse gestor, as equipes de saúde vêm atuando de forma a modificar a realidade social do território por meio de parcerias com universidades, buscando estimular mudanças nas condições de vida, o que reflete o sentido do território como um espaço de responsabilidade sanitária e não apenas como depositário de atributos da população¹².

O sentido do território geográfico e administrativo também emergiu entre os gestores:

É um território, o Cabula é uma área bem ampla, bem extensa em termos de população também. A realidade do nosso distrito é, nós temos ao todo um total de unidades básicas e Saúde da Família né, 17 unidades, então fazer o acompanhamento desse território, acho difícil, até pela extensão [...]. (G02E03)

Reconhecemos que a extensão territorial e populacional é um fator importante ao se considerar o território do Distrito Sanitário Cabula-Beirú, pois tem forte impacto para o sistema local de saúde devido à alta demanda por serviços e maior complexidade de gestão do sistema, como expresso no discurso acima.

O sentido de território-processo também foi identificado no grupo de usuários, tanto por reconhecerem que o território se modifica, quanto ao defini-lo a partir de diversos problemas existentes, predominando um sentido negativo sobre o lugar onde vivem.

Assim, a violência foi um importante elemento definidor do território, seja pela frequência, o fato de não ser um fenômeno restrito ao bairro ou mesmo por não ser algo vivido pessoalmente, denotando o quanto esse fenômeno demarca a experiência dos usuários na vivência desse espaço.

Hoje em dia ele é um pouco mais violento [...]. (G03E05)

Tá certo que a violência, né, minha filha, tá em todos os lugares, né. A rua que eu moro é tranquila [...]. (G03E02)

Segundo Almeida¹³, mesmo as pessoas que nunca tiveram relação com o crime, não deixam de fazer referência a ele, visto que ele passa a coexistir e interagir com outros elementos que estruturam a vida social, como algo constitutivo à vida comunitária.

O sentido do território também foi demarcado por citações sobre o acesso a serviços, como transporte público, comércio e escolas, aos quais foram atribuídos, por diferentes entrevistados, sentidos tanto negativos quanto positivos, com predomínio do primeiro. Diante dessa contradição, devemos considerar que os sentidos refletem um processo subjetivo de compreensão dos fenômenos baseado na própria experiência, cultura e relações⁷.

Dessa forma, destacamos o discurso do entrevistado G03E05 que fez referência à ausência de espaços públicos de lazer e à limitação de frequentar determinados locais devido à violência.

Aqui não tem onde a gente levar nossas crianças pra fazer um lazer porque ainda se é limitado, tal rua não pode ir na outra rua. Então, aqui não tem uma praça pública, aqui não tem nada assim de atividade pública [...]. (G03E05)

De acordo com Silva et al.¹⁴, parques e praças são importantes espaços públicos para o convívio social, lazer, interação homem-natureza e prática de atividade física, podendo contribuir para as ações de promoção da saúde, sendo, assim, fundamental que ofereçam condições de acesso, infraestrutura e segurança.

A análise sobre a compreensão do território para os usuários revelou ainda outro sentido, ao qual todos fizeram referência, e que denominamos: a saúde no espaço do território.

Embora não tenha sido objetivo desse estudo avaliar a percepção dos usuários sobre a unidade de saúde ou a ESF, alguns discursos ressaltaram aspectos positivos do serviço, como o

do entrevistado G03E01, que destacou a disponibilidade do profissional médico próximo, a possibilidade de ser atendido com regularidade e a visita domiciliar do ACS, elementos característicos da ESF⁶:

Eu acho bom que tem médico perto da gente, a gente tá sempre sendo consultada, sempre tá achando, que os agentes comunitários sempre tá na casa da gente [...].

De forma semelhante, diversos estudos têm avaliado de forma positiva a satisfação dos usuários com variados aspectos relacionados à ESF¹⁵⁻¹⁷, como atendimento, atuação, cuidado e resolução de problemas.

Por outro lado, também foi atribuído sentido negativo à saúde no território, com discursos que enfatizaram aspectos como a ausência de consultas com especialidades médicas e de unidades de emergência e medicamentos.

As vezes a pessoa tá precisando de uma emergência, não encontra. (G03E03)

[...] normalmente a gente só tem clínico. Se a gente precisar de um ortopedista, não temos, se a gente precisar de uma consulta com otorrino, não temos. (G03E05)

Consideramos que o sentido atribuído pelos entrevistados à saúde no território remete à perspectiva do modelo médico, centrado na clínica, na doença, na cura e na medicalização dos problemas, sendo semelhante aos dados identificados por Aguiar e Moura¹⁵ em um estudo que mostrou que os aspectos mais valorizados pelos usuários em relação à atuação de uma eSF estavam relacionados à assistência e ao atendimento.

Problemas de saúde

Consideramos que os problemas de saúde representam uma discrepância entre uma situação atual e a ideia de como ela deveria ou poderia ser, sob o ponto de vista de um

determinado ator social, podendo ser classificados como problemas no estado de saúde de uma população e problemas do sistema de serviços².

A partir dessa classificação, identificamos que entre os profissionais da eSF predominou o sentido de problemas no estado de saúde, sendo a hipertensão o principal no território, associada, em alguns discursos, à diabetes.

A hipertensão tá batendo recorde. Eu mesmo tenho cerca de cento e, quase 200 hipertensos, né. [...] depois vem a diabetes [...]. (G01E03)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos problemas mais comuns encontrados pelas equipes de saúde de Atenção Básica, cujo trabalho, desenvolvido de forma multiprofissional e baseado no vínculo, é primordial nas ações de diagnóstico, tratamento, controle e prevenção¹⁸.

A tuberculose também foi referida como problema de saúde por alguns profissionais, embora os próprios entrevistados tenham refletido que, por ser considerado um atendimento de demanda aberta, podendo incluir usuários de outros territórios, a demanda pode não refletir um problema do território da unidade. Tal questão poderia ser esclarecida recorrendo-se a outras fontes, como os sistemas de informação, o que, entretanto, não foi objetivo da pesquisa.

A gente tá com muitos pacientes com tuberculose. Mas assim, [...], a gente tá recebendo muitos pacientes fora de área, que tem muitas unidades que não estão marcando demanda aberta e os pacientes acabam vindo para cá. (G01E01)

Alguns profissionais mencionaram ainda as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), em especial a sífilis, considerada, entretanto, como um problema que diminuiu de frequência.

Teve um período aqui que tava muito frequente, intenso a sífilis. (G01E05)

Foram citados também: violência, condições de saúde associadas a hábitos de higiene, problemas de saúde mental e o desconhecimento de adolescentes quanto a aspectos da educação

sexual. Em comum, esses discursos refletem uma concepção que não associa os problemas de saúde apenas com agravos ligados a condições biológicas.

Eu posso considerar também problema de saúde a questão da violência. (G01E03)

Outra coisa que eu acho que vale muito colocar aí é a questão de doenças mentais, né, então depressão, esquizofrenia, saúde mental realmente tá bem complicado [...] (G01E04)

Quanto aos problemas de saúde mental, consideramos importante destacar o reconhecimento dado por um dos profissionais a esse tema, uma vez que a saúde mental não está dissociada da saúde geral e sua demanda deve ser identificada pelos profissionais de Atenção Básica, com a implementação de ações para entendimento do território e das singularidades dos usuários e a construção de vínculo da equipe de saúde com a população¹⁹.

Entre os gestores também prevaleceu o sentido de problemas do estado de saúde, sendo apontada a frequência elevada da sífilis.

Aí a gente entra com sífilis, que houve uma crescente, o porquê disso a gente pode associar a falha na comunicação, uma realmente, uma não chamada para esse parceiro. (G01E01)

Outros fatores também devem ser considerados na explicação desse problema de saúde, cujos dados sinalizam tendência de aumento no País nos últimos anos: aumento da utilização dos testes rápidos, redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, além do aumento das notificações²⁰.

Os gestores apontaram ainda como problemas de saúde: arboviroses, exposição à animais transmissores de raiva, tuberculose, hipertensão, diabetes, doença falciforme e problemas na condição de saúde do idoso.

Apesar do enfoque no sentido dos problemas do estado de saúde, houve nesse grupo uma menção a problemas do sistema de serviços, os quais expressam limitações, dificuldades e fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema de saúde².

A vacinação também é um problema, apesar de que [...] boa parte das nossas unidades estão todas requalificadas, receberam câmeras frias, mas ainda temos algumas unidades que precisam de uma logística mais adequada por falta de, de processos de climatização. (G02E02)

Para Teixeira², problemas de infraestrutura podem se apresentar devido a limitações no volume de recursos ou em sua distribuição ou utilização inadequadas, enquanto os problemas no atendimento remetem a questões organizativas ou na prestação dos serviços. Ainda de acordo com a autora, existiria uma tendência dos profissionais em apontar como problemas de saúde, condições de doenças e agravos e condições de infraestrutura e organização dos serviços, embora, neste estudo, este último sentido tenha sido atribuído por apenas um gestor e não tenha emergido entre os profissionais da eSF.

Alguns gestores incluíram como problemas de saúde, aspectos ligados à educação ou ao conhecimento da população, como o gestor G02E02:

Outro fator que me chama muita atenção também é a falta de conhecimento educacional da população. Apesar de não estar totalmente ligado à área de saúde, mas interfere diretamente na saúde dessa população.

Apesar da importância de reconhecer que os processos educativos estão relacionados à saúde, ressaltamos que, ao enfatizar o sentido de educação como algo que falta aos sujeitos, os discursos dos entrevistados expõem uma visão tradicional que se opõe a correntes que valorizam o saber popular, a troca e o diálogo entre educador e educando²¹ como estratégia de cuidado em saúde.

Por outro lado, entre o grupo de usuários, os discursos convergiram para o sentido dos problemas do sistema de serviços de saúde, incluindo problemas relacionados à infraestrutura

da unidade e ausência de insumos e produtos, como material de curativo e medicação na farmácia.

Aqui falta praticamente tudo [...] fui beber um pouquinho de água pra molhar a garganta, não tinha água. Banheiro, tá trancado. [...] um curativo você vem fazer, não tem material. (G03E02)

[...] eu questiono porque tem medicamento que você acha em um posto e não acha no outro, se é tudo distribuído de uma forma [...] (G03E05)

Em uma pesquisa sobre a percepção dos usuários sobre serviços de atenção básica, Vieira et al.¹⁷ encontraram que 53,2% dos entrevistados sentiram-se prejudicados em algum momento do atendimento devido à falta de material ou equipamentos, o que reflete no trabalho dos profissionais e nos serviços oferecidos. Ao mesmo tempo, considerando que os medicamentos são parte importante do cuidado em saúde, a falta de acesso a esse produto se coloca como obstáculo que pode comprometer a resolutividade da ESF¹⁶.

Outro problema do sistema de serviços evidenciado no discurso dos usuários, foi a dificuldade na marcação de procedimentos, como consultas nas especialidades médicas, consultas odontológicas e exames.

O dentista mesmo quando a gente tá marcando, que a gente vem, não consegue. Tem que chegar 4 horas, 3 horas da manhã pra conseguir. (G03E01)

Tal problema do sistema de serviços de saúde se configura como uma importante barreira para o acesso ao cuidado, e pode estar associado a questões organizativas ou da prestação do serviço na unidade, como discutido por Teixeira². Assim, é fundamental que a gestão do sistema de saúde assegure condições adequadas ao funcionamento e à manutenção dos materiais e equipamentos, acesso a insumos e organização dos serviços.

Ressaltamos, entretanto, que nesse estudo apenas os usuários evidenciaram os problemas do sistema de saúde, colocando seu olhar sobre como os serviços e ações chegam

até eles, enquanto os profissionais e gestores enfocaram os problemas das condições de saúde. Por outro lado, predominou entre esses usuários uma postura passiva diante dos problemas referidos, já que nos discursos o poder de resolução foi repassado para terceiros, em especial para os membros dos poderes executivos e legislativos.

[...] com o governador, com o prefeito, com os homens que tem poder, né, de fazer, que eles podem mudar e eles têm todo o poder nas mãos deles. Só eles pra mudar. (G03E01)

O discurso de apenas um usuário expressou sentido de corresponsabilização da população, refletindo sobre a falta de organização coletiva e sobre o poder de decisão na escolha dos governantes.

Eu acho que a comunidade assim, ela não se une pra buscar o que precisa. [...] a culpa, vai chegar lá no nosso último voto [...] (G03E05)

Assim, defendemos que os serviços devem se organizar a partir dos problemas de saúde do território, levando em consideração que os problemas nos sistemas de serviço são parte da explicação para os do estado de saúde². Além disso, os problemas de saúde precisam ser entendidos como parte das necessidades sociais de uma dada comunidade, que precisa ser ouvida e corresponsabilizar-se na busca de soluções junto aos profissionais e gestores.

Intersetorialidade

Integrando as concepções de diferentes autores^{3,22}, consideramos que a intersectorialidade diz respeito às práticas desenvolvidas em conjunto por atores de diferentes setores da sociedade para a solução de problemas compartilhados, a partir da articulação de saberes e fazeres, que podem ser potencializadas quando os serviços e ações se configuram na perspectiva de redes integradas e conectadas.

No discurso dos participantes do grupo G01 predominou um sentido restrito de intersectorialidade, associado, em grande parte, ao trabalho em equipe multiprofissional e à perspectiva intrasetorial, convergindo, entretanto, para o sentido de que envolve o trabalho em conjunto e em parceria.

Tais achados são semelhantes aos de Souza²³ que, ao investigar a compreensão de profissionais da saúde e da educação acerca da intersectorialidade, identificou a ideia de trabalho em conjunto, mas com ausência de definições estruturadas e baixa incorporação do conceito.

O sentido mais próximo ao conceito de intersectorialidade descrito na literatura foi o do participante G01E02:

A ação intersectorial é você buscar parcerias, né, da saúde, por exemplo, com a educação, a segurança pública, com a parte religiosa, instituições religiosas, que acontece aqui também. [...] como a gente trabalha na Saúde da Família na atenção integral ao indivíduo, então as demandas surgem e são variadas, então, se você não buscar esses parceiros, você não tem como dar conta sozinho.

Consideramos, entretanto, que a ausência de menção ao compartilhamento de saberes e às soluções conjuntas nesse discurso, pode indicar que as parcerias se configuram de forma limitada, o que foi reforçado por outra fala do profissional de que as parcerias com as instituições religiosas e a associação de moradores do bairro se restringem à mera concessão de espaço para realização de ações da unidade, semelhante aos achados de Gonçalves et al.²⁴.

De moradores daqui. Também a gente utiliza o espaço porque eles têm as atividades deles. (G01E02)

Outra forma de parceria citada nos discursos foi o encaminhamento de usuários para outras instituições, evidenciado também no contexto estudado por Silva et al.²⁵, em que foram identificadas ações limitadas a acordos frágeis de encaminhamentos.

[...] que a UNEB [Universidade do Estado da Bahia] tem um trabalho de nutrição, aí gente encaminha os pacientes pra lá. (G01E03)

Por outro lado, alguns entrevistados associaram a intersetorialidade ao sentido de equipe multiprofissional, que se caracteriza pelo trabalho coletivo que envolve a interação de profissionais de diferentes áreas de formação e múltiplas intervenções técnicas²⁶.

[...] fizemos algumas, algumas reuniões em torno de discutir o planejamento do Sábado do Homem de 2018. [...] no meu ver isso seria uma ação intersetorial porque [...] toda a equipe de saúde estava reunida, né, médico, enfermeiro, dentista, agente, técnico. (G01E05)

A intersetorialidade também foi associada ao sentido de intrasetorialidade, como no discurso do participante G01E01 que fala sobre o trabalho conjunto entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

[...] eu acho que são as ações básicas, né, as ações secundárias e terciárias tentarem trabalhar juntas [...]

Em um estudo com o objetivo de conhecer a visão de trabalhadores e gerentes da atenção básica sobre a intersetorialidade, Carvalho et al.²⁷ identificaram que não houve uma visão consensual e que alguns participantes conceituaram a intersetorialidade como as ações desenvolvidas por diferentes profissionais e especialidades do próprio setor saúde, no trabalho em equipe ou apenas setorial, com base nos níveis de atenção, o que é semelhante aos nossos dados.

Entre os gestores, por sua vez, prevaleceu o sentido de intersetorialidade associado ao conceito de equipe multiprofissional, em que o trabalho em conjunto foi, mais uma vez, o que emergiu em comum ao conceito de intersetorialidade da literatura.

[...] um exemplo, assim, o distrito é, tá envolvendo as ações, o pessoal de ações é, como o pessoal de vigilância epidemiológica tá envolvido nessas atividades pra tentar solucionar alguma situação ou algum problema. (G02E03)

O sentido de equipe multiprofissional apareceu ainda mais limitado na concepção do gestor G02E01:

Intersetorial é a gente trabalhar junto, mas cada um no seu quadrado em prol de alguma coisa, é o que eu entendo. Eu vou desenvolver as minhas ações 'voltado' para o que eu faço e vou precisar de você para contribuir com o que você faz dentro daquela ação.

Nesse discurso a intersectorialidade foi definida como o trabalho que envolve algum grau de cooperação, mas sem coordenação das ações, que são realizadas separadamente por cada setor, remetendo ao conceito de pluridisciplinaridade²⁶.

Em relação ao sentido de intersectorialidade para os usuários, foi contemplada a análise dos seus conhecimentos quanto às atividades que a unidade de saúde desenvolve conjuntamente com outros atores.

Alguns usuários referiram conhecer atividades intersectoriais desenvolvidas pela unidade, embora, sem ter participado delas.

Disse que às vezes tem, mas eu nunca vim, não. [...] Porque às vezes eu tô trabalhando e não tenho tempo assim. (G03E01)

Entre os que têm conhecimento sobre as atividades intersectoriais, houveram referências às ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que foi avaliada de forma positiva pelos usuários.

A escola eu acho que já porque sempre vai lá pesar as crianças, pra poder ver como tá a alimentação, pra negócio de limpeza do dente, sempre vai na escola. (G03E03)

Outros participantes revelaram desconhecimento de ações intersectoriais desenvolvidas pela unidade.

Não sei, eu sabia dessas coisas quando tinha um agente [...] (G03E02)

De modo geral, prevalece entre os usuários o desconhecimento e ausência de participação em atividades com caráter intersectorial, indicando que tais atividades são incipientes no contexto estudado.

Considerações finais

Entre os entrevistados predominou o sentido de território-processo, o que demonstrou incorporação do conceito discutido pela Vigilância em Saúde pelos profissionais e gestores. Por outro lado, a persistência de alguns discursos voltados para o sentido administrativo e gerencial, indica que ainda há a necessidade de discutir os sentidos atribuídos pelas equipes, pois ele diz muito sobre a forma de operacionalização das práticas. Já entre os usuários se destacou o sentido negativo do território, com foco em problemas diversos que impactam na sua vivência.

Quanto aos problemas de saúde, prevaleceu entre os profissionais da eSF e os gestores o sentido relacionado aos problemas do estado de saúde, diferentemente dos usuários que destacaram os problemas dos sistemas de serviços. Consideramos que o foco na doença e na demanda por serviços assistenciais, reflete a predominância do modelo médico na saúde, e tende a direcionar a compreensão dos problemas para o nível do indivíduo ao invés de tomar o território como referência, com baixa incorporação do sentido da relação território-problemas de saúde. Além disso, tende a restringir o olhar sobre o sistema de serviços, cujos problemas são parte importante dos problemas nas condições de saúde.

Na dimensão da intersetorialidade, apesar de ter prevalecido o sentido de trabalho conjunto, tanto no grupo de profissionais da eSF quanto de gestores, identificamos uma forte associação com o trabalho em equipe multiprofissional e a perspectiva intrasetorial. Por outro lado, os usuários têm pouco conhecimento das atividades intersetoriais desenvolvidas pela unidade. Tais achados indicam que há uma fragilização das práticas de vigilância em saúde na dimensão da intersetorialidade, com atividades escassas e parcerias limitadas e pontuais.

Reconhecemos que os resultados dessa pesquisa têm limitações por abarcar um cenário de pesquisa restrito, mas permitiram concluir que, apesar dos participantes demonstrarem um entendimento do território em sua dinâmica e questões sociais, há uma necessidade de maior

incorporação desse sentido na compreensão dos problemas de saúde, notadamente entre os gestores e trabalhadores, e de ampliação do olhar sobre as práticas intersetoriais. Além disso, as divergências entre os discursos dos profissionais e gestores e dos usuários, mesmo que reflitam a diferença de posição ocupada no contexto, mostram a necessidade de aproximação com a população para a compreensão do território, dos seus problemas e dos parceiros intersetoriais, buscando o planejamento de ações resolutivas e transformadoras da realidade sanitária, com corresponsabilização entre os atores, como proposto pela Vigilância em Saúde.

Referências

1. Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
2. Teixeira CF. Glossário. In: Teixeira CF, organizador. *Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010. p.117-160.
3. Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *XI Concurso de Ensayos del CLAD*. El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones [internet]. 1997 [acessado 2017 mar 20] [cerca de 75p.] Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>
4. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-492
5. Santos SSBS, MELO CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. saúde colet* 2008; 13(6):1923-1932.
6. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
7. Spink MJP. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.
8. Molina Jaramillo AN. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(1):1-12.
9. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde colet* 2018; 23(6):1723-1728.
10. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2018 abr 15]; 30(2): 229-238. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5895/pdf>
11. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2018 abr 20]; 17(1): 69-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso
12. Santos AL, Rigotto, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde* 2011; 8(3):387-406.
13. Almeida JF. *Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo*. [dissertação]. São Paulo:

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015 [acessado 2018 abr 05]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-111557/pt-br.php>

14. Silva EAPC, Oliveira LS, Silva PPC, Araújo BMR, Caminha IOC, Freitas CMSM. Sociedade, cultura e saúde: motivação na utilização de espaço público de lazer. *Movimento* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2018 abr 25]; 18(1):171-188. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/22560/17345>

15. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre atuação de Equipe do Saúde da Família de um Distrito de Caucaia-CE. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2018 mai 05]; 17(4):163-169. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/695/2063>

16. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde debate* 2012; 36(94):375-391.

17. Vieira ASTV, Miranda MSL, Emmi DT, Pinheiro HHC, Barroso RFF, Araújo MVA. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2018 mai 10]; 18(3):58-64. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15743/10890>

18. Brasil. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

19. Brasil. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

20. BRASIL. Sífilis 2017. *Boletim Epidemiológico*. Ministério da Saúde [internet]. 2017 [acessado 2018 abr 10]; 48(8). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>

21. Brasil. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

22. Schutz F, Miotto RCT. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Socied. em Deb.* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 mar 22]; 6(1):59-75. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337>

23. Sousa MC. *Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersetorialidade*. [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2014.

24. Gonçalves AM, Sena RR, Resende VA, Horta NC. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? *R. Enferm. Cent. O. Min.* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2017 mar 02]; 1(1):94-102. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/35/81>

25. Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. *Rev. Saude Publica* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2018 mai 02]; 48(1):76-85. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004596>

26. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saude Publica* [periódico na Internet]. 2001 [acessado 2018 mar 22];35(1):103-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso
27. Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. *Tempus -Actas de Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2018 mai 15]; 3(3):44-55. Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/12720/1/ARTIGO_IntersetorialidadeDialogoPolitica.pdf

4.2 ARTIGO 2

Práticas de vigilância em saúde na perspectiva do território, dos problemas de saúde e da intersectorialidade em um Distrito Sanitário de Salvador

Surveillance practices in health in the perspective of the territory, health problems and intersectoriality in Sanitary District of Salvador

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar, a partir dos discursos, como as práticas de vigilância em saúde, nas dimensões do território, dos problemas de saúde e da intersectorialidade, são desenvolvidas por profissionais de uma equipe de Saúde da Família e gestores do Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. Teve abordagem qualitativa, tipo exploratório e a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada e análise documental. Para análise dos achados foram utilizados mapas de associação de ideias e uma matriz de análise de documentos. Os resultados apontaram que apenas entre os profissionais da equipe de Saúde da Família predominou a identificação de instrumentos utilizados em suas práticas para conhecimento do território e reconhecimento a comunidade como informantes nesse processo. A comunicação entre profissionais foi identificada pelos entrevistados como principal instrumento para conhecimentos dos problemas de saúde, com baixa incorporação da análise dos sistemas de informação e de documentos para subsidiar as práticas. As reuniões foram apontadas pelos entrevistados como instrumento para enfrentamento dos problemas, porém sem associação com o planejamento. As práticas intersectoriais revelaram-se limitadas a parcerias com a educação, sendo apontadas entre as dificuldades para seu desenvolvimento: problemas na comunicação, falta de materiais e baixo envolvimento dos profissionais. A participação e o interesse da comunidade nas ações desenvolvidas pelas unidades de saúde apresentaram-se como uma potencialidade para o fortalecimento das práticas de saúde.

Palavras-chave: Práticas de vigilância em saúde, Território, Problemas de saúde, Intersectorialidade

Abstract

This study aimed to analyze, from the discourses, how health surveillance practices, in the territory dimensions, health problems and intersectoriality, are developed by professionals of a

Family Health team and managers of Cabula Sanitary District -Beirú in Salvador. It had a qualitative approach, exploratory type and the data collection took place through a semi-structured interview and documentary analysis. The results showed that only the professionals of the Family Health team identified the instruments used in their practices for knowledge of the territory and recognized the community as informers in this process. The communication among professionals was identified by the interviewees as the main tool for understanding health problems, with a low incorporation of the analysis of the information systems and documents to subsidize the practices. The meetings were pointed out by the interviewees as an instrument for coping with the problems, but without any association with the planning. Intersectoral practices have been limited to partnerships with education, being pointed out among the difficulties for their development problems in communication, lack of materials and low involvement of professionals. The participation and interest of the community in the actions developed by the health units were presented as a potential for the strengthening of health practices.

Keywords: Surveillance practices in health, Territory, Health problems, Intersectoriality

Introdução

A Vigilância em Saúde é considerada por Mendes¹ como uma resposta social organizada aos problemas de saúde, baseada no paradigma da produção social de saúde e assentada sobre três pilares: território, problemas de saúde e intersectorialidade.

A operacionalização dessa perspectiva de Vigilância em Saúde tem na Atenção Básica, em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), seu locus privilegiado, pois buscam em comum a reorganização das práticas de saúde, e apontam modos de “fazer” vigilância a partir de atributos como: vínculo e corresponsabilização entre equipe e comunidade, compreensão da família em seu contexto de vida e práticas extramuros voltadas para o território².

Há evidências, entretanto, de limites na incorporação da Vigilância em Saúde pela Atenção Básica, tanto pela persistência de concepções restritas que a associam à Vigilância Epidemiológica Clássica, quanto pela organização de práticas baseadas no fazer tradicional de notificações, normas técnicas e programas assistenciais³.

Para a compreensão das práticas de saúde, adotamos as contribuições de Mendes-Gonçalves⁴, que as concebe como práticas sociais, definidas enquanto processos de trabalho,

que, por sua vez, são constituídos por componentes que se interligam entre si: objeto, instrumentos, agentes e finalidade, além da atividade propriamente dita.

Assim, considerando que as práticas de vigilância em saúde precisam se voltar para o território vivo e seus problemas, adotando intervenções que incluam os atores sociais e recursos desse território, apresentamos neste artigo um recorte dos resultados da pesquisa *Práticas de Vigilância em Saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário de Salvador*, que teve como objetivo analisar os discursos sobre as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade no âmbito da ESF no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. Nesse recorte, analisamos, a partir dos discursos, como as práticas de vigilância em saúde, nas dimensões do território, dos problemas de saúde e da intersetorialidade, são desenvolvidas por profissionais da ESF e gestores.

Metodologia

A pesquisa teve abordagem qualitativa e tipo exploratório, tendo como cenários a sede administrativa do Distrito Sanitário Cabula-Beirú, em Salvador, e uma Unidade de Saúde da Família (USF). No ano de 2016, o Distrito Sanitário possuía 18 unidades de saúde de Atenção Básica, com cobertura de 35,8%, sendo oito na modalidade da ESF, com cobertura de 24,6%. No território há também outros serviços de saúde da rede municipal e estadual, instituições de ensino superior e de outros setores.

Para respeitar a confidencialidade e a privacidade, nem a USF, escolhida pelo critério de antiguidade, nem os participantes foram identificados, sendo representados por códigos.

Os dados aqui apresentados referem-se a dois grupos de participantes:

G01: trabalhadores da equipe de Saúde da Família (eSF) - médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde (ACS) e o gerente da unidade (cinco participantes);

G02: gestores do Distrito Sanitário – selecionados como informantes chaves: Subcoordenação de Atenção e Vigilância à Saúde, Chefia de Vigilância e Informação e Chefia de Ações Básicas (três participantes).

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, utilizando um instrumento do tipo roteiro, e por análise dos seguintes documentos: Relatório Quadrimestral consolidado do Distrito Sanitário 2017, Programação Anual de Saúde do Distrito Sanitário 2017, Relatório Quadrimestral consolidado da USF 2017, Análise de Situação de Saúde do

Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2005-2015) e Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021 (volumes I e II).

A análise dos achados da entrevista foi baseada na proposta de Spink⁵ de construção de mapas de associação de ideias, a partir da produção de sentidos expressos nos discursos dos participantes, exemplificada no quadro 1.

Quadro 1 – Versão resumida do mapa de associação de ideias sobre o processo de conhecimento do território para o grupo G01

PROCESSO DE CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
Conversando, né, com os profissionais internos, né, médicos, enfermeiros e dentistas e os agentes comunitários e também indo pra a área [...] acho que foi conhecendo mesmo território, indo pra o campo.	Quando eu cheguei aqui a unidade já estava em funcionamento, então, já tava meio que realmente dividido. Os profissionais que chegaram antes, eles saíram pra fazer o reconhecimento da área [...] [...] com o tempo você vai percebendo que as pessoas têm histórico mais ou menos parecido [...]	Trabalhando, visitando, fazendo o cadastro [...] Antigamente era SIAB, agora é e-SUS. [...] a gente conversa com esse paciente, a escolaridade, onde trabalha, o que faz, como vive, a renda, então a gente já tem, a partir daí a gente tem o histórico.	Indo nele, né. Desde que eu vim aqui, inclusive a divisão do território eu participei. Então eu fui, conheci todo o território, mapeei tudo com os agentes comunitários, fiz mapa dinâmico, né. [...] E o tempo inteiro a gente tá indo na área para conhecer um paciente novo, um local novo que foi construído [...]	Visita domiciliar, muito contato em consultório também, conversando com o paciente, a gente percebe, né, o nível de informação que o paciente tem [...]

Fonte: Dados de pesquisa, elaboração própria

Para a análise de documentos, por sua vez, foi utilizada uma matriz adaptada da proposta de Santos⁶, que apresentamos no quadro 2, junto à análise de um dos documentos selecionados.

Quadro 2 - Matriz de análise de documentos - Relatório Quadrimestral consolidado do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2017)

Nº	DIMENSÕES
1	Tipo de documento Relatório quadrimestral do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (consolidado 2017)
2	Autor institucional Distrito Sanitário Cabula-Beirú
3	Para quem? Secretaria Municipal de Saúde
4	Ano 2017
5	Tema central Relatório de atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário no ano de 2017

6	<p>Como? Baseado na Programação Anual de Saúde 2017, trata-se de um instrumento que agrega os resultados das atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário no ano de 2017. No instrumento constam objetivos, ações, atividades, meta/produto, responsáveis, prazo, resultado, grau de classificação (escala que varia entre <25% e >75%), dificuldades, facilidades e proposições. A cada quadrimestre os profissionais do Distrito Sanitário consolidam os resultados alcançados em cada atividade, que são comparados com a meta, determinando o grau de classificação. O relatório consolidado apresenta os resultados agregados ao longo do ano.</p>
7	<p>Relevância para o estudo Tem estrutura e conteúdo semelhante ao da PAS 2017. Os dados podem ser analisados tanto quantitativamente, em comparação com a meta estabelecida, quanto qualitativamente, a partir das dificuldades, facilidades e proposições descritas em campo específico.</p>

Fonte: Adaptado de Santos⁶.

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa cumpriu os preceitos éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob o parecer nº 2.381.987.

Resultados e discussão

A apresentação e discussão dos resultados foi organizada a partir das três dimensões das práticas de vigilância em saúde estudadas: território, problemas de saúde e intersetorialidade.

Território

A territorialização é considerada o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde e precisa incluir a participação de diversos atores sociais para que seja possível a aproximação com a realidade do território⁷.

Diante disso, buscamos compreender as práticas de vigilância em saúde desenvolvidas pelos agentes de trabalho entrevistados em relação ao conhecimento do território onde trabalham, identificando os atores sociais e os instrumentos utilizados por eles.

Os instrumentos do processo de trabalho dividem-se em dois grupos: os que servem para se apropriar do objeto e os que servem para efetuar a transformação desejada⁸. Em relação aos primeiros, os entrevistados do grupo G01 citaram a territorialização, cadastramento, mapas e visitas domiciliares, como instrumentos para conhecimento do território, destacando o sentido de que esse conhecimento se desenvolve com a vivência e o tempo.

[...] com o tempo você vai percebendo que as pessoas têm histórico mais ou menos parecido, com o acompanhamento das famílias. (G01E02)

A territorialização e o mapa do território foram mencionados pelos membros mais antigos da equipe, que tiveram participação direta no processo.

Desde que eu vim aqui, inclusive a divisão do território eu participei. Então, eu fui, conheci todo o território, mapeei tudo com os agentes comunitários, fiz mapa dinâmico, né. (G01E04)

Nesse discurso, a territorialização foi associada ao sentido de demarcação de áreas de atuação, que é um dos três sentidos assumidos pelo termo, junto com a ideia de reconhecimento do ambiente e de estabelecimento de relações com outros serviços⁹.

O participante G01E03, por sua vez, destacou o cadastramento e a visita aos usuários:

Trabalhando, visitando, fazendo o cadastro [...]. Antigamente era SIAB, agora é e-SUS.

O cadastramento de usuários reúne informações sobre o perfil dos indivíduos e famílias, compondo os registros dos sistemas de informação, que, como mencionado no discurso, passou por uma mudança com a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)¹⁰, também conhecido como e-SUS.

Além desse entrevistado, outros reconheceram a visita domiciliar como instrumento para conhecimento do território, considerando que durante a realização dessa atividade é possível observar o ambiente, fatores que interferem na saúde e singularidades e características comuns à população do território.

Os gestores, por sua vez, atribuíram seu conhecimento sobre o território à prática e à vivência do trabalho, sem predominância de instrumentos específicos.

Então, foi trabalhando, quando eu comecei a trabalhar aqui mesmo, quando eu comecei a ter essa vivência, ter essa noção de demanda de cada local [...] (G02E03)

Apenas o gestor G02E02 fez referência à visita ao território como um instrumento que contribuiu para o desenvolvimento de seu conhecimento sobre ele.

[...] visitamos todas as unidades do distrito, conhecendo, visitando as ruas, conhecendo as realidades das moradias, saindo com os agentes comunitários, com as equipes, com o próprio distrito, conseguindo assim é, uma visão ampliada do distrito Cabula- Beirú [...].

Vemos de forma positiva a inclusão desse instrumento no processo de trabalho do entrevistado, entretanto, merece atenção a ausência de referência a outros instrumentos pelos gestores, como os sistemas de informação e a análise de situação de saúde, os quais podem auxiliar no processo de apropriação do território. Isso sugere que eles estão pouco incorporados às práticas dos entrevistados, o que foi reforçado pelo discurso do gestor G02E01, que revelou

que a análise de situação não pode ser priorizada em razão de outras demandas, e restringe-se ao cumprimento do preenchimento de documentos como o Relatório Quadrimestral.

Eu não posso fazer uma análise [...] análise de situação da vigilância epidemiológica é voltada pra PAS, é voltado pra o Relatório Quadrimestral, e nunca para uma análise nossa porque senão eu tenho que parar tudo que eu faço. (G02E01)

Considerando que o conhecimento do território pode ser enriquecido com a incorporação dos saberes e olhares de diferentes atores sociais⁷, buscamos identificar os atores que contribuiriam no processo de conhecimento dos entrevistados.

No grupo G01, o principal ator citado foi o ACS, destacando-se como um ponto de ligação entre a eSF e a comunidade.

Os agentes comunitários de saúde [...] eu diria que eles também são o meu veículo de informação direta, né, o retrato da comunidade. (G01E05)

Assim, a inserção do ACS no território, vivenciando-o cotidianamente, possibilita que ele seja um tradutor para as equipes sobre a dinâmica social da população e suas necessidades, e também a identificação de recursos e parceiros.

Outros profissionais da eSF também foram citados, o que reforça que a participação na territorialização, no mapeamento e na identificação dos indivíduos e grupos é atribuição comum dos membros da equipe de saúde¹¹.

Todos da unidade, né, os agentes, é, a equipe, a equipe multiprofissional. (G01E04)

A comunidade foi identificada como outro ator importante para o conhecimento do território.

A população também nos mostrou muitas coisas, né. (G01E04)

A importância da comunidade também foi evidenciada por Pessoa et al.⁷, ao mostrarem que a realização do mapeamento participativo, com a inserção de diversos atores, permite perceber o território além do setor saúde e da dimensão da doença, valorizando o saber dos atores locais.

Quanto aos atores sociais identificados pelos gestores, foram destacados os profissionais e gestores do Distrito Sanitário e profissionais das unidades de saúde.

Desde aqui do distrito [...]. É, a figura dos técnicos que estavam na época [...] as chefias contribuíram [...]. É a informação dos profissionais da unidade [...] que vai fazer com que você realmente identifique como é o perfil de sua comunidade. (G02E01)

Ressaltamos que os gestores não atribuíram aos usuários o papel de ator social que contribuiu com o desenvolvimento do seu conhecimento do território, o que pode indicar que

os espaços de escuta aos usuários são incipientes, trazendo o risco de que o papel do gestor fique reduzido ao de simples executor administrativo do sistema¹².

Problemas de saúde

Os problemas e as necessidades de saúde são objetos do processo de trabalho na perspectiva da Vigilância em Saúde, que, por sua vez, propõe que as práticas e serviços se organizem a partir desse objeto, tomando o território como referência¹. Os problemas de saúde, portanto, precisam ser conhecidos e enfrentados pelos profissionais, recorrendo-se a diferentes instrumentos.

Em nossa pesquisa, os profissionais da eSF consideraram a hipertensão e a diabetes como principais problemas de saúde, e os gestores, a sífilis.

Para conhecimento desses problemas, ou seja, para apropriação do objeto de trabalho⁸, segundo os entrevistados do grupo G01, foram utilizados alguns instrumentos, que agrupamos em dois grupos de sentido: “comunicação com informantes” e “análise dos sistemas de informação”.

O primeiro foi o mais citado e agrega os discursos que referiram ter conhecido os problemas de saúde do território por meio de contatos, conversas, troca de informações com profissionais e usuários e nas reuniões de equipe.

Reunião em equipe. Foi de uma maneira informal, viu, muito a rede de comunicação informal, né. Os próprios colegas mesmo, troca de informação. Não foi de uma forma vertical que essa informação veio, não, foi de uma forma horizontal [...] (G01E05)

Em um estudo sobre a comunicação na eSF¹³, foi identificado que as reuniões de equipe, os relatórios, os meios informais e os sistemas de informação estão entre as formas básicas de comunicação dos profissionais. Essa comunicação pode ser formal, que é deliberada e oficial, e informal, que ocorre nos contatos diários, relacionados ou não às atividades profissionais¹³. Ambas podem ser identificadas no discurso de G01E05, que revelou ainda que as informações são transmitidas de forma horizontal entre a equipe, o que consideramos importante devido a sua posição de proximidade com o território, embora o discurso evidencie também o sentido de distanciamento da gestão no compartilhamento de informações com as equipes.

Ainda com o sentido “comunicação com informantes”, foram citados como instrumentos as visitas domiciliares e atendimentos em consultório, por permitirem o contato direto com o usuário.

[...] reconhecimento da área e visitas domiciliares, aqui mesmo no consultório individual, né, os pacientes já têm aquele vínculo, paciente-profissional, tem a confiança e nos relatam muita coisa também. (G01E02)

O grupo de sentido “análise dos sistemas de informação” agrega os discursos que mencionaram os sistemas de informação como instrumento para conhecimento dos problemas, como o do entrevistado G01E04, que ressaltou aspectos positivos da implantação do SISAB, especialmente com a introdução, ainda recente no momento da coleta de dados, do uso de tablets pelos ACS em Salvador, que teriam facilitado o acesso às informações sobre os usuários e os problemas de saúde.

E agora com o tablet, a gente tá conseguindo ter essa visão bem melhor, né, com o e-SUS.

Consideramos que a análise dos dados sobre o território deve fazer parte das práticas das eSF na perspectiva de uma Vigilância em Saúde que não se limite à pura sistematização de indicadores para o planejamento e organização dos sistemas, mas, sim, que os utilize para operar a reorganização das práticas a partir das necessidades em saúde¹².

No grupo G02 também emergiu o sentido “comunicação com informantes” e as reuniões como instrumento.

[...] conversas, reuniões, não só com as chefias, mas também nas reuniões a nível de município, de secretaria. [...] reuniões com gestores e equipes [...] a equipe tem esse acesso direto agora com a gestão distrital, onde elas informam suas principais dificuldades [...] a informação chega com uma velocidade mais rápida, sem perdas [...] (G02E02)

Para esse gestor, as reuniões incluem o contato com diversos informantes, destacando a importância de dar acesso direto às equipes, favorecendo com isso que as informações cheguem com mais agilidade e sem perdas.

O sentido “análise dos sistemas de informação” também emergiu no G02, embora por apenas um gestor, que referiu que seu conhecimento se baseia em dados registrados, citando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Quantitativamente. Fazendo análise do banco do Sinan. [...] o que está acontecendo com a dengue. Tá tendo uma baixa, será que realmente tá tendo uma baixa ou tá tendo uma subnotificação? (G02E01)

Esse gestor abordou ainda o problema da subnotificação de casos, que, junto à incompletude de informações e à inconfiabilidade dos dados, são problemas comumente relatados em relação aos sistemas de informação, com impacto na geração de conhecimento sobre a realidade em saúde¹⁴.

Por outro lado, o gestor G02E03, ao citar a hipertensão e diabetes como problemas de saúde, afirma não dispor de dados que expressem sua análise.

Mas hipertensos e diabéticos não tenho dados pra tá quantificando, não sei dizer.

Esses discursos reforçam nossa análise sobre a baixa incorporação dos sistemas de informação nas práticas dos gestores, semelhante aos achados de Lima et al.¹⁵, que identificaram gestores com conhecimento reduzido sobre os sistemas de informação, pouca utilização no planejamento e controle das unidades e a percepção de que são instrumentos técnico-burocrático de alimentação de dados.

Entre os gestores foi identificado ainda um terceiro grupo de sentido que denominamos “informação baseada em documentos”, incluindo os discursos que fizeram referência a documentos, como relatórios de gestão e resultados de exames recebidos pelo Distrito Sanitário.

Nós temos nossos relatórios trimestrais que estamos readequando [...] (G02E02)

Com a questão do, da sífilis através dos resultados de exames [...] (G02E03)

O relatório citado pelo gestor G02E02 se refere ao Relatório Quadrimestral, que é um instrumento para acompanhamento das ações dos Distritos Sanitários e unidades de saúde, a partir de metas pactuadas na Programação Anual de Saúde (PAS). Os dados coletados na análise de documentos mostraram que a autonomia do Distrito Sanitário na construção da PAS é parcial, sendo permitido o acréscimo de ações e atividades específicas de seu planejamento, mantendo-se, entretanto, determinadas atividades e metas pré-estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Relatório Quadrimestral distrital tem coerência com a PAS, e ambos se dividem em módulos, entre eles Vigilância em Saúde e Atenção Integral à Saúde. O primeiro foca os agravos de notificação compulsória e o segundo a assistência ao usuário, divisão que consideramos representativa do distanciamento das áreas relatado pela literatura³.

O instrumento usado como Relatório Quadrimestral da USF também apresenta algumas limitações, já que, ao buscar ser uma versão simplificada, contemplando apenas parte das ações previstas no instrumento distrital, se mostra pouco representativo das atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde, além de utilizar uma escala de resposta dicotômica (sim/não), diferentemente da versão distrital. Como exemplo, citamos que não constam informações sobre ações referentes a atenção à hipertensão e diabetes, que foram considerados pela eSF como principais problemas de saúde.

Destacamos ainda o fato da Análise de Situação de Saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2005-2015) e do Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021 (volumes I e II), não terem sido citados pelos gestores, especialmente considerando que foram elaborados em

período recentemente anterior às entrevistas e que fornecem dados importantes para a compreensão dos problemas de saúde da população.

Quanto aos instrumentos utilizados para o enfrentamento dos problemas, ou seja, para possibilitar a transformação do objeto⁸, entre os participantes do grupo G01, as estratégias assumiram dois sentidos: as ações de caráter individual e as de caráter coletivo, com pequena predominância das primeiras.

As ações de caráter individual referiram-se a atendimentos, orientações, acompanhamentos, notificações e encaminhamentos, como o discurso do entrevistado G01E02:

Primeiro é notificado, aí no que a gente pode tá resolvendo a nível da unidade, aqui mesmo, a gente resolve, ou buscar parcerias, né, através do Distrito Sanitário. A gente recebe orientação pra onde encaminhar pacientes [...] e vai fazendo o acompanhamento de cada problema.

Para o entrevistado, entretanto, o encaminhamento para outros serviços é dificultado por “*não ter uma rede, né, estipulada*”. Assim, a continuidade do cuidado extrapola o conhecimento sobre a rede de atenção, pois, na prática os profissionais lidam com dificuldades como a ausência de vagas nos serviços, a inexistência de contrarreferência e a barreira da comunicação entre os profissionais e os serviços¹⁶.

Entre as ações coletivas foram citadas a educação em saúde, com distribuição de informativos, palestras, reuniões e grupos temáticos, em que se pode perceber uma certa capacidade de organização do serviço por problemas.

Tuberculose teve uma época [...] que a gente intensificou a educação em saúde, a enfermeira e a médica se juntaram, elas fizeram sala de espera. (G01E01)

Já o entrevistado G01E04 relatou uma estratégia para resolução de um problema pontual sobre saneamento básico no território, que envolveu mobilização com a comunidade e outros setores, mostrando o potencial da ESF quando suas práticas se voltam para o território e os determinantes sociais dos problemas de saúde.

[...] nós tínhamos aqui uma, um Conselho Local [...] pedimos o apoio do vereador na época, fizemos um documento com assinatura da população e do Conselho. Encaminhamos pra o conselho e a gente conseguiu [...]

Apesar da importância do papel do Conselho Local nessa ação, o entrevistado relatou que a instância se desfez e que a unidade precisa voltar a “*sensibilizar*” a população para sua reorganização. A participação da comunidade é uma diretriz da atenção básica e deve ser estimulada pelos profissionais, visando a autonomia no enfrentamento aos determinantes e

condicionantes de saúde, a articulação de ações intersetoriais e instituição dos Conselhos Locais para controle social na gestão das unidades¹¹.

No grupo G02 a reunião foi o principal instrumento referido:

[...] com a tuberculose a gente faz reunião com as unidades. [...] para identificar o porquê que tá tendo tanto abandono, o que quê que a unidade tá fazendo pra que eu tente captar esse paciente com abandono. (G02E01)

Embora os discursos dos demais gestores sinalizem para a importância de escutar as equipes e discutir conjuntamente os problemas de saúde, no discurso do gestor G02E01 foi evidenciado o sentido de que as reuniões são um momento de repasse de informação e cobrança às equipes, sendo essa uma forma limitada de utilização desse instrumento como estratégia de enfrentamento dos problemas.

Apenas o discurso do gestor G02E02 apresentou o sentido do planejamento como instrumento para enfrentamento dos problemas, tratando-se, entretanto, de uma ação ainda não concretizada, o que reforça sua baixa incorporação nas práticas dos gestores.

[...] nós teremos reuniões quinzenais com todas as chefias [...] para fins de criarmos estratégias é, para minimizarmos esses problemas.

As reuniões foram citadas frequentemente pelos entrevistados, tanto como instrumento para conhecimento dos problemas, quanto para seu enfrentamento, podendo se configurar em espaços de comunicação com múltiplas possibilidades, como educação permanente, análise de dados, discussão de processos de trabalho, casos clínicos e dos problemas do território. Para isso, entretanto, é importante evitar que se tornem espaços vazios de mera troca de informações, assumindo a perspectiva do planejamento de intervenções.

Intersetorialidade

A Vigilância em Saúde reconhece que os problemas de saúde são complexos e vê na intersetorialidade a possibilidade enfrentá-los ao agregar saberes e fazeres de diferentes atores sociais. A literatura^{17,18}, entretanto, aponta que há fragilização das práticas intersetoriais, compreensão que buscamos aprofundar nesse estudo.

Entre os entrevistados do grupo G01, a Educação apareceu como principal área com quem são estabelecidas relações, sendo dois atores principais: as escolas vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) e as instituições de ensino superior.

[...] com o PSE, então a gente sai daqui, vai ao, a escola, faz reunião com a escola. Então, participa o enfermeiro, o médico, o dentista, o ACD, os agentes comunitários, os professores, né. É, a diretoria, os alunos, então a gente faz uma ação em conjunto. (G01E04)

Foi identificado por Silva et al.¹⁸ uma tendência de que as ações intersetoriais fiquem restritas às que são exigidas por programas federais, como o PSE, principal ação citada pelos entrevistados. Consideramos, entretanto, que, apesar da instituição de políticas oficiais serem fundamentais para a efetivação dessa dimensão da Vigilância em Saúde, as práticas intersetoriais também devem ser buscadas na relação com parceiros locais.

Entre as instituições de nível superior, foi muito citada a parceria com a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que ocorre por meio das atividades desenvolvidas na unidade por estudantes e dos encaminhamentos para serviços oferecidos pela instituição.

A gente fez um bazar uma vez [...]. Na verdade, a ideia foi dos estudantes de enfermagem da UNEB, aí a gente trouxe roupas e a gente vendeu a um preço bem baratinho assim pra comunidade e esse dinheiro os estudantes usaram pra fazer uma atividade em saúde. (G01E01)

Percebemos nesse discurso que os estudantes têm atuado como agentes de práticas na USF, planejando e desenvolvendo atividades com certa autonomia, já que, no exemplo citado, a equipe apenas colaborou em parte da atividade.

Destacamos ainda que tanto as ações do PSE quanto a parceria com instituições de ensino superior são previstas nos documentos da PAS e Relatório Quadrimestral do Distrito Sanitário. Não foram identificados, entretanto, outros atores intersetoriais nos instrumentos. Além disso, atividades intersetoriais não estão contempladas no Relatório Quadrimestral da USF.

Alguns entrevistados fizeram referência a ações pontuais com o comércio local, a Secretaria de Segurança e órgãos ligados ao trânsito. A associação de moradores do bairro e uma instituição religiosa também foram citados, entretanto, o sentido de parceria mostrou-se limitado à utilização do espaço físico para realização de atividades, sem o desenvolvimento de intervenções conjuntas, como expresso pelo entrevistado G01E05.

[...] já foi levantada essa questão aqui algumas vezes, mas eu não vi isso assim de forma ativa, por exemplo, com relação à igreja, uma parceria com relação a uma associação.

No grupo dos gestores, houve forte associação da intersetorialidade com o trabalho em equipe multiprofissional, com a identificação do NASF, da vigilância epidemiológica e do setor de recursos humanos do próprio Distrito Sanitário como atores intersetoriais.

Mas o NASF é um exemplo, é um exemplo de setor intersetorial. (G02E02)

Apenas o gestor G02E03 citou exclusivamente atores de outros setores além da saúde, como a escola, a comunidade e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Às vezes tem uma unidade que tem parceria com... o pessoal da comunidade. [...] Às vezes é, mantém com algum serviço de referência, o CRAS.

Tais achados são semelhantes aos encontrados na literatura apontando que as ações intersetoriais não foram amplamente incorporadas nas práticas das equipes de saúde¹⁷. Diante disso, buscamos compreender também quais fatores dificultam e facilitam o desenvolvimento das práticas intersetoriais.

Os profissionais da eSF atribuíram vários fatores como dificuldades: problemas de comunicação, ausência de espaço físico na unidade, conflitos para combinação de agendas pelos setores, falta de acesso a vagas para encaminhamento, ausência de contrarreferência e falta de materiais e recursos para a organização de atividades.

Os problemas de comunicação foram associados ao distanciamento entre os setores e à ausência ou ineficiência de meios de comunicação na unidade, como telefone e internet, dificuldade semelhante a que foi encontrada por Silva¹⁷.

Se pensar fora dele [do território], a gente tem uma dificuldade de comunicação, sim, porque a gente não tem telefone na unidade, porque muitas vezes a gente não tem uma internet de eficiência [...] (G01E04)

Outros entrevistados destacaram a falta de material e de recursos para a organização de atividades.

Você tinha que ter um [...] data-show pra mostrar, você tem que ter cafezinho da manhã pra o pessoal, e quando a gente faz, a gente faz do nosso bolso. [...] Acho que até 2007 a gente ainda conseguia fazer alguma coisa assim mais animada, que vinha ticket, verba, só pra essas atividades de reuniões, palestras, feiras de saúde. (G01E03)

Esse discurso associou as ações intersetoriais às atividades coletivas e destacou que a ausência de materiais pode afetar a qualidade e o interesse dos usuários em participar das atividades propostas, levando muitas vezes os profissionais a utilizarem recursos próprios. De acordo com Mendes-Gonçalves⁸, os recursos materiais são considerados instrumentos de trabalho, pois dizem respeito às condições necessárias para a realização do processo de trabalho.

Quanto às facilidades, foram citadas a existência de uma boa relação com os atores do território, a presença e vontade do profissional para que as ações aconteçam e o apoio dos estudantes de instituições de ensino superior nas atividades. Já o entrevistado G01E01 trouxe como facilidade o interesse da comunidade, reforçando, entretanto, o achado de que as

atividades intersetoriais e, mesmo, as atividades coletivas, são insipientes na unidade pesquisada.

Se acontecesse seria uma novidade que traria os pacientes pra aqui ou pra onde for que essa atividade for desenvolvida [...].

Em relação aos discursos dos gestores, os achados foram semelhantes, já que destacaram como facilidades as parcerias com as universidades e a participação da comunidade nas ações desenvolvidas.

[...] nós temos bons parceiros que são as Universidades. [...] temos uma população [...] o que nós pensamos e planejamos em uma estratégia de ação e logo somos muito bem acolhidos [...]. (G02E02)

Predominou, entretanto, entre os entrevistados do G02 a atribuição de sentido tanto de facilidade quanto de dificuldade a características dos profissionais de saúde, como envolvimento e motivação, divergência expressa nos discursos a seguir.

[...] nós também temos uma equipe muito boa, então, é um fator também facilitador [...]. (G02E02)

[...] tem unidades que tem uma dificuldade maior do profissional se envolver [...]. (G02E03)

O discurso do entrevistado G02E03 evidenciou que determinados contextos de algumas unidades de saúde favorecem a existência de dificuldades no envolvimento do profissional. Por outro lado, no discurso abaixo, o gestor G02E01 atribui forte sentido de responsabilização pessoal aos profissionais.

E outra dificuldade que eu acho é que tem muito profissional [...] 'vagoroso' mesmo, que gosta da lentidão, tá pouco se lixando, que não quer trabalhar, não quer atender, não faz sua agenda como deve fazer, porque aí poderia ter [...] uma gerência muito mais fortalecida.

Fatores individuais, como envolvimento e motivação, são aspectos da relação do indivíduo com o trabalho, e, portanto, influenciadas por características das instituições, do trabalho em si e do indivíduo¹⁹. Assim, a falta de apoio da gestão e de condições materiais adequadas de trabalho, sinalizadas nos discursos, assim como a ausência de processos de valorização e incentivo, podem afetar a relação estabelecida pelo profissional com seu trabalho, sua motivação e envolvimento, e devem ser consideradas pelos gestores, incluindo os gerentes das unidades, na implementação de ações voltadas para a gestão de pessoas.

Outra dificuldade abordada foi a insuficiência do número de trabalhadores nos serviços de saúde, fator que, além de gerar sobrecarga, consideramos que pode comprometer o desenvolvimento das práticas que estão pouco incorporadas pelos profissionais, como é o caso

das práticas intersetoriais, por serem priorizadas as atividades mais rotineiras ou mais cobradas pela gestão.

Dificuldade tudo. Recursos humanos. A gente não tem recursos humanos, a gente precisa. (G02E01)

A falta de recursos materiais para o desenvolvimento das ações intersetoriais pelas equipes de saúde também foi citada pelos gestores.

A gente não tem esse recurso, né, o distrito, pra tá disponibilizando, a gente nem recebe. (G02E03)

Assim, o entrevistado ressaltou que a gestão do Distrito Sanitário não dispõe de determinados recursos e materiais, que não são disponibilizados pela gestão central, o que remete à falta de autonomia da gestão do Distrito Sanitário, que foi abordada pelo gestor G02E01:

Até mesmo a própria autonomia que o distrito poderia ter como está redigido em papel não se tem.

Os Distritos Sanitários se inserem no contexto de descentralização político-administrativa do SUS, cuja efetivação requer a redistribuição de poder e não apenas a transferência de responsabilidades administrativas⁶. Os discursos identificados nesse estudo, entretanto, evidenciaram limites à capacidade de autonomia do Distrito Sanitário, tanto no planejamento de ações que não se limitem a reproduzir ações propostas pela gestão central, quanto na gestão local dos serviços e recursos.

Considerações finais

O conhecimento do território e de seus problemas de saúde permite aos profissionais apropriar-se do objeto das práticas de vigilância em saúde e ampliar as possibilidades de intervenção sobre ele. Nesse estudo identificamos que o conhecimento do território na perspectiva da eSF pode ocorrer por meio de instrumentos como: territorialização, mapeamento, visita domiciliar e cadastramento de usuários, processo que precisa ser desenvolvido em parceria entre os membros da equipe e comunidade. Por outro lado, entre os gestores não predominou o reconhecimento de instrumentos específicos que são utilizados em suas práticas para conhecimento do território, tampouco o reconhecimento dos usuários como atores que contribuíram para esse processo.

Quanto ao conhecimento sobre os problemas de saúde, os dois grupos entrevistados identificaram a comunicação como principal instrumento, e revelaram baixa incorporação da

análise dos sistemas de informação e de documentos, como relatórios e a análise de situação de saúde, nas suas práticas. Analisamos, assim, que os dados têm sido subutilizados por profissionais e gestores para a produção de informação sobre os problemas de saúde, o que pode comprometer a capacidade resolutiva das equipes e a organização dos serviços. O enfrentamento dos problemas, por sua vez, se mostrou associado à realização de reuniões, instrumento que do ponto de vista desse estudo precisa estar associado ao planejamento de intervenções, com monitoramento e avaliação dos resultados para atingir tal objetivo.

Assim, defendemos a importância da construção de espaços para a escuta da comunidade sobre a vivência do território, além da ampliação do uso de instrumentos para identificação do perfil da população, das áreas de risco do território e de sua rede de serviços, como forma de conhecer as reais necessidades de saúde dos usuários. Para isso, é fundamental o investimento contínuo em atividades educativas para os profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde.

Defendemos ainda que a ampliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde requer o desenvolvimento de práticas intersetoriais, que, entretanto, se revelaram limitadas. As limitações foram associadas a dificuldades como problemas na comunicação e falta de materiais. Na perspectiva dos gestores, entretanto, também falta o envolvimento de parte dos profissionais das equipes de saúde nas atividades, perspectiva que responsabiliza somente o trabalhador, sem considerar o contexto das condições de trabalho, que é marcado pela precarização dos serviços. Sugerimos diante desses achados, a realização de novos estudos que possam ajudar a compreender a capacidade de autonomia do Distrito Sanitário enquanto instância do sistema de saúde, além de estudos que deem visibilidade a práticas intersetoriais exitosas.

Apesar dessas dificuldades, os entrevistados valorizaram a disponibilidade dos profissionais e a participação e interesse da comunidade nas ações desenvolvidas pelas unidades de saúde, o que aponta o caminho para o fortalecimento de práticas de vigilância em saúde comprometidas com o território, seus problemas e a intersetorialidade. Tal caminho passa pela construção de espaços onde a população assuma o protagonismo no âmbito do SUS, exercendo a participação e o controle social, e estando junto aos profissionais e gestores na construção de soluções para os problemas de saúde com impacto na vida das coletividades, o que, em nossa perspectiva, deve ser assumido como a finalidade das práticas de vigilância em saúde.

Referências

1. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
2. Santos AL, Rigotto, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde* 2011; 8(3):387-406.
3. Faria, LS, Bertolozzi, MR. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectiva para o alcance da Vigilância à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3): 789 -795.
4. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres, JRCM, Santos, L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 298-374.
5. Spink MJP. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.
6. Santos SSBS. *Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia*. [tese]. Salvador: EEUFBA; 2010.
7. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. saude colet* 2013; 18(8): 2253-2262.
8. Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. In: Ayres JRCM, Santos L. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 55-114.
9. Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2017 mar 10]; 2(2): 47-55. Disponível em: <http://www.fcm.edu.br/internatomedicina/wp-content/uploads/2010/07/2.-O-TERRIT%C3%93RIO-NO-PSF1.pdf>
10. Brasil. Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União*, 2013; 11 jul.
11. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
12. Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioét.* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2017 mai 10]; 21(2): 207-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200003&lng=en&nrm=iso
13. Jesus DSS. *A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família*. [dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2006 [acessado 2018 mai 05]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-6VYPWA/danielle_sandra_da_silva_de_jesus.pdf?sequence=1

14. Nyantema AS. Bridging the gaps in the Health Management Information System in the context of a changing health. *BMC Med Inform Decis Mak* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2018 mai 23]; 10(36):2-6. Disponível em: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-10-36>
15. Lima KWS, Antunes JLF, Silva ZP. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde Soc.* 2015; 24(1): 61-71.
16. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Rev enferm UFPE on line.* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2018 mai 06]; 11(1):86-93. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11881/14338>
17. Silva DAJ. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2013.
18. Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. *Rev Saude Publica* 2014, 48(1):76-85.
19. Gondim SMG, Silva N. Motivação no Trabalho. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB, organizadores. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 145-176.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos que esse estudo apresenta algumas limitações, como o fato de ter sido aplicado em apenas uma USF, com uma equipe de saúde e com gestores de um Distrito Sanitário de Salvador, refletindo, desse modo, um contexto específico. Entretanto, como desde o início não pretendemos buscar generalizações, mas, sim, explorar o tema das práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade, consideramos que os resultados apresentados nos permitiram apontar algumas reflexões pertinentes para a organização das práticas de saúde na ESF.

Algumas dificuldades foram encontradas durante a realização do estudo. Tivemos um pequeno atraso com a liberação do parecer do CEP, o que alterou as etapas previstas no cronograma inicial e nos levou a redimensionar o número de entrevistados do grupo da eSF, já que havia a previsão de participação de duas equipes. Consideramos, entretanto, que tal mudança não causou prejuízo ao alcance dos resultados, pois houve riqueza de dados coletados, inclusive para serem explorados em futuros estudos, aprofundando algumas análises sobre as práticas de saúde. Outra alteração ocorreu com a exclusão da análise de um documento, já que não foi possível acessar o mapa do território da equipe de saúde.

Além disso, reconhecemos que ao adotar a Vigilância em Saúde como concepção norteadora das práticas, assumimos alguns vieses de interpretação. Ressaltamos, entretanto, que essa escolha não desconsidera que outros modelos de atenção influenciam as práticas dos profissionais entrevistados, tratando-se de uma opção que levou em consideração que muitas das ideias da Vigilância em Saúde foram incorporadas na origem da proposta da ESF, além de sua pertinência para a compreensão das três dimensões das práticas aqui investigadas.

Desde o início defendemos que os serviços e as práticas de saúde devem se organizar a partir das necessidades e problemas de saúde dos territórios, envolvendo um conjunto de ações individuais e coletivas articuladas intersetorialmente com outros serviços, políticas e os atores sociais da comunidade, ampliando o seu potencial de produzir mudanças efetivas nos processos de saúde-doença e na realidade sanitária brasileira.

A partir disso, teve origem a proposta deste estudo. Com ele, vimos que os profissionais da eSF e gestores demonstraram compreender o território como um espaço dinâmico e permeado de questões sociais, mas que persiste a necessidade de maior incorporação desse sentido na compreensão dos problemas de saúde, visto que estiveram associados de forma significativa a problemas do estado de saúde, ou seja, doenças e agravos. Esse achado reflete a

predominância do modelo médico e reforça que as práticas devem se reorganizar em direção a uma maior compreensão das reais necessidades de saúde, que estão além das doenças, incluindo um conjunto de determinantes e condicionantes associados à produção social da saúde. Para isso, consideramos fundamental que o território seja tomado como referência, pois os problemas podem ser melhor compreendidos na relação território-problemas de saúde. A essa relação é preciso acrescentar os atores do território, dentro de uma proposta de articulação intersetorial, cujo sentido, nesse estudo, revelou importantes limitações ao ser associado ao trabalho em equipe multiprofissional e à perspectiva intrasetorial.

As limitações nos sentidos se refletiram em práticas de vigilância em saúde com fragilidades, como identificado em relação às ações intersetoriais, que se mostraram restritas a parcerias com o setor da educação e a parcerias pontuais para a utilização do espaço físico de instituições do território. Assim, essa dimensão das práticas revelou maior fragilidade entre as que foram pesquisadas, o que foi reforçado com os dados das entrevistas com os usuários, que mostraram ter pouco conhecimento das atividades intersetoriais desenvolvidas pela equipe.

Também foram identificadas fragilidades nas outras dimensões estudadas, como a baixa incorporação da análise dos sistemas de informação e de documentos na compreensão do território e dos problemas de saúde, instrumentos que podem evidenciar os dados produzidos no cotidiano dos serviços e auxiliar no planejamento, avaliação e monitoração das ações desenvolvidas.

O planejamento, por sua vez, não foi evidenciado como instrumento para enfrentamento dos problemas de saúde, predominando entre os profissionais da eSF as ações de caráter individual e coletivo tradicionais, como atendimentos, orientações, notificações, distribuição de informativos, palestras, reuniões e grupos temáticos. Nas ações coletivas, vimos certa capacidade de organização do serviço com foco nos problemas, embora com evidências que de tais ações são pontuais e insipientes.

As reuniões entre profissionais e/ou gestores se destacaram entre os participantes tanto com o sentido de instrumento para conhecimento dos problemas, quanto para seu enfrentamento, sendo importantes espaços de comunicação com múltiplas funcionalidades, como a discussão de processos de trabalho, dados, casos clínicos e educação permanente. Para isso, entretanto, é necessário evitar que se tornem espaços vazios de mera troca de informações, assumindo a perspectiva do planejamento baseado na adoção de intervenções.

Consideramos ainda importante refletir sobre o papel do usuário na compreensão do território e de seus problemas, o que foi reconhecido apenas entre o grupo de profissionais da eSF. É fundamental a construção de espaços para a escuta da comunidade, dando visibilidade

aos problemas referidos por quem os vivencia cotidianamente. Por isso, esse estudo buscou incluir os usuários como participantes, revelando que mantêm um forte sentido negativo associado ao território, como lugar de diversos problemas que impactam na vivência, como a violência, e forte associação do território aos problemas nos serviços de saúde. Assim, identificamos problemas no acesso à unidade para marcação de consultas odontológicas, ausência de infraestrutura adequada e de materiais, como medicamentos, e no contexto fora do território da unidade de saúde, a dificuldade de marcação de exames e consultas especializadas. Esses problemas nos sistemas e serviços foram identificados pelos usuários como problemas de saúde, refletindo um sentido diferente dos profissionais e gestores que deram sentido aos problemas das condições de saúde, reforçando a necessidade de escuta da comunidade enquanto ator que pode falar sobre seus problemas, inclusive para que se percebam corresponsáveis por sua resolução. Por outro lado, à saúde no território também foram atribuídas características positivas, como a disponibilidade do profissional médico próximo, a possibilidade de ser atendido com regularidade e a visita domiciliar do ACS, que são elementos característicos da ESF, e sinalizam para a importância do sistema de saúde de base territorial.

Diante dos achados, defendemos que é preciso discutir constantemente o território na ESF, incluindo os profissionais da equipe, usuários e atores diversos, sugerindo-se para isso o fortalecimento dos espaços coletivos na unidade de saúde. É preciso dar evidência ao sentido de que o território é dinâmico e permeado de aspectos sociais, ampliando, assim, a compreensão dos problemas e o desenvolvimento de ações que englobem outros setores, buscando responder às necessidades reais da população. As ações intersetoriais podem inclusive minimizar a ausência de recursos para o desenvolvimento de determinadas atividades por meio da conjugação de esforços e união de recursos entre os parceiros.

Reconhecemos, entretanto, que a ausência de recursos e materiais é um ponto de fragilidade complexo, pois, nesse contexto, o poder de governabilidade de profissionais e mesmo dos gestores do Distrito Sanitário revelou-se pequeno. Além do cenário de subfinanciamento do SUS e do avanço das políticas neoliberais sobre o sistema, isso é agravado pela fragilidade dos mecanismos de participação da população e dos profissionais na definição das políticas e direcionamento dos recursos, que costumam estar centralizados com os gestores do sistema municipal, deixando de refletir a percepção de quem está na ponta dos serviços. Assim, a criação e fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde, que inclusive já existiu no contexto estudado, deve ser incentivada pelas demais instâncias de controle social, mobilizando os profissionais e usuários das unidades de saúde para assumir a responsabilidade compartilhada de construir o sistema de saúde.

Sugerimos ainda que os gestores busquem dar visibilidade aos dados produzidos pelos sistemas de informação e pelos relatórios de gestão. Por sua vez, os achados desse estudo mostraram que esses instrumentos precisam ser qualificados e construídos de forma participativa para que possam ser representativos das ações realizadas pelas equipes de saúde. Tais instrumentos não podem ser usados apenas para cumprimento de exigências legais ou da gestão. É preciso que as informações sejam compartilhadas com as equipes de saúde para que se reconheça a importância de inserir tais instrumentos no seu processo de trabalho. Para isso, sugere-se que as equipes sejam apoiadas tecnicamente pela equipe distrital ou por um profissional que tenha a função de desenvolver atividades de planejamento, avaliação e monitoramento das ações e da situação de saúde do território junto às equipes. Além disso, é preciso investir continuamente em ações educativas para profissionais e gestores, qualificando as práticas e serviços.

A partir dos resultados, sugerimos a realização de estudos que busquem compreender os processos de gestão dos Distritos Sanitários, especialmente quanto a sua autonomia gerencial e administrativa. Além disso, consideramos relevante compreender aspectos relacionados ao envolvimento e à motivação dos trabalhadores da ESF com o seu trabalho, que não podem ser relacionados apenas a características individuais. Sugerimos ainda estudos que evidenciem experiências exitosas de práticas intersetoriais no âmbito da ESF, mostrando a relevância da incorporação dessas ações nas práticas de vigilância em saúde.

Assim, esperamos que os achados deste estudo possam contribuir para o fortalecimento das práticas de vigilância em saúde ao mostrar a necessidade de ampliação da incorporação de alguns instrumentos de trabalho (relatórios de atividades, análise de situação de saúde, sistemas de informação, planejamento) às práticas de profissionais e gestores, de investimento em processos educativos e da participação dos usuários nos espaços de cogestão do SUS. Consideramos ainda que o estudo conseguiu evidenciar a importância de que as práticas de vigilância em saúde estejam voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade, ampliando as possibilidades de conhecimento da situação de saúde e de transformação da realidade sanitária dos territórios.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. Da pirâmide às redes! Um desafio circular. In: ACIOLE, G. G. **Depois da Reforma: Contribuição Para a Crítica da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 63-78.
- ACIOLI, S. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p.161-170.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 293 p.
- ANDRADE, M. A. C. et al. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v.18, supl. 1, p. 833-844, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500833&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.
- ARAUJO, F. R. de et al. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 367-393, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122015000200367&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 2215-2228, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2017.
- AYRES, J. R. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 282 p. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.
- BARCELLOS, C. de C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/713/2/BARCELLOS_Analise%20espacial%20e%20uso%20de%20indicadores_saude_2002.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista Escritos de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Texto do Núcleo de Pesquisa: Desigualdade e Exclusão no espaço local. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Departamento de Serviço Social. Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, Ponta Grossa, 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

BRASIL. Portaria nº. 1.399 de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro**: Brasília, 1999.

BRASIL. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro**: Brasília, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ações transversais da vigilância em saúde: promoção, integração e análise: gestão 2007-2008. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 200 p.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 2012.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNAPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68-76.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C. da; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014.

CORDEIRO, J. C. **A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis**: um estudo de caso no Recife – Pernambuco. 2008. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

COSTA, C. G. A. et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3099-3110, out. 2015.

CUNHA, N. V. da et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface**, Botucatu, v.

19, n.53, p. 251-264, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0083>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p .595-605, jul./set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2017.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectiva para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789 -795, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/34.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

FILGUEIRA, A. C. G. et al. Saúde bucal de adolescentes escolares. **Holos**, Natal, v. 1, n. 1, p. 161, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22913>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.459-474.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

FREITAS, L. K. P. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601755&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, A. M. et. al. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? **Revista Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.1, n. 1, p. 94-102, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/35/81>> Acesso em: 02 mar. 2017.

GONDIM, G. M. de M. et al. Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de et al. (Orgs). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-25, 2008.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F.. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, maio 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501407&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2017.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p.102-11, 2001. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 221p.

JAPIASSÚ, H.; SOUZA FILHO, D. M. de. **Dicionário básico de filosofia**. 5 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 296 p.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v.21, n.2, p. 207-217. mai./ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 mai. 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: **XI CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD**. El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones. Caracas: UNESCO/CLAD, 1997, p. 1-75. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 230 p.

LACERDA, T. S. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, p. 273-288, jun. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200273&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

LAZARINI, W. S.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1227-1239, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MAGALHAES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1776, jun. 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**, v. 1, livro 1. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entaves, avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Fundação Altadir: Caracas, 1987.

MELO, M. N. T. de; FRANCO DE SA, R. M. P.; MELO FILHO, D. A. de. Sustentabilidade de um programa de alimentação escolar bem-sucedido: estudo de caso no Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1899-1908, jun. 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601899&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E. V. (Org.).

Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco. 1995. p. 93- 158.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.).

Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco. 1995. p. 159--185.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 300p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 278 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. In: AYRES, J. R. de C. M.; SANTOS, L. **Saúde, sociedade e história** 1. ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre : Rede Unida, 2017a. p. 55-114.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. In: AYRES, J. R. de C. M.; SANTOS, L. **Saúde, sociedade e história** 1. ed. São Paulo : Hucitec ; Porto Alegre : Rede Unida, 2017b. p. 298-374.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. rev. e apr. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. de S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-17, jan. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2018.

MINEIRO, C. C. G. Interação em educação e saúde: Uma proposta da UAB e Unimontes Motricidade. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 8, s. 2, 2012, p. 860-870. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568108.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.898-906, mai./jun. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 abr. 2017.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância da Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de et al. (Orgs.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 57-75.

MOURA-CORREA, M. J. et al. Exposição ao benzeno em postos de revenda de combustíveis no Brasil: Rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4637-4648, dez. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204637&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p.255-267, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2017.

OPAS. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, Washington, Organización Panamericana de la Salud, v. 20, n. 03, p. 1-3, 1999. Disponível em: <

http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v20n3.pdf> Acesso em: 10 abr. 2018.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, 2015, p. 237-249.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180139468002>> Acesso em: 18 jun. 2017.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 187-220.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, 6ª edição, Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 567-586.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 158 p.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: CEBES, Fiocruz, 2012. p. 459-492

PAIM, J. S. ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, Jairnilson Silva. ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-39.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247 p. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-02072009-105425/pt-br.php>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2017.

QUEIROZ, D. M. de; SILVA, M. R. F. da; OLIVEIRA, L. C. de. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

ROSA, A. da S.; BRETAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

SANTANA, J. S. da S. Percurso Metodológico. In: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (Orgs). **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010, p.87-118.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.387-406, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2017.

SANTOS, F. dos et al. Avaliação da inserção de alimentos orgânicos provenientes da agricultura familiar na alimentação escolar, em municípios dos territórios rurais do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1429-1436, mai. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501429&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Editora Hucitec; 1988. 124p.

SANTOS, S. S. B. da S. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família**. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador: EEUFBA, 2006.

SANTOS, S. S. B. da S. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia**. 2010. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador: EEUFBA, 2010.

SANTOS, S. S. B. da S.; MELO, C. M. M. de. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2017.

SANTOS, S. S. B. da S. et al. Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 443-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300443&script=sci_abstract> Acesso em: 30 jun. 2018.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SILVA, C. M. S. C. da. **A integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde: um estudo de caso**. 2013. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4296>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SILVA, D. A. J. da. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família**. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3730>> Acesso em: 02 mar. 2017.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.5, p.762-769, set./out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 mar. 2017.

SPERANDIO, A. M. G.; FRANCISCO FILHO, L. L.; MATTOS, T. P. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1931-1938, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601931&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 71-99.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção dos sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico- metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 22-41.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 42-70.

SOUSA, M. C. **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersetorialidade**. 2014. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2014.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n.1 p.10-15, jan./mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671991000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2017.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. J. S. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010a. p.117-160.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos metodológicos do Planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010b. p. 17-32.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000. Disponível: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v.7, n.2, p.7-28. 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mai. 2017.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. da C. N. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: CEBES, Fiocruz, 2012. p. 687 -707.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco.1995. p. 221- 235.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204617&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

VEIGA, L. da; BRONZO, C. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 595-620, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2017.

VILASBÔAS, A. L. **Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima**. 1998. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 1998.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 67 p. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR).

VILELA, R. A. de G. et al. Experiência de vigilância no setor canavieiro: desafios para interromper a "maratona" perigosa dos canaviais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4659-4668, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204659&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Estado da arte

Tabela 1 - Número de estudos encontrados com os descritores práticas de vigilância em saúde, território, problemas de saúde e intersetorialidade, segundo fonte de pesquisa, período 2012-2017

Fonte	Descritores			
	Práticas de vigilância em saúde	Práticas de vigilância em saúde e território	Práticas de vigilância em saúde, território e problemas de saúde	Práticas de vigilância em saúde, território, problemas de saúde e intersetorialidade
PubMed	498	06	02	00
BVS	8298	249	04	01
CAPES	607	180	149	25
TOTAL	9403	435	155	26

Fontes: PubMed, BVS e Capes

APÊNDICE B – Estudos analisados na pesquisa sobre o estado da arte

Quadro 1 - Estudos referenciados para os descritores práticas de vigilância em saúde, território, problemas de saúde e intersectorialidade

Título/ Autor	Resumo do objetivo	Tema
Interação em educação e saúde: Uma proposta da UAB e Unimontes MINEIRO, C. C. G.	Relato de experiência do Curso de Formação, Educação e Saúde para professores, gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família.	Educação em Saúde
Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde GUIMARAES, R. M. et al.	Analisa a evolução das políticas de vigilância da saúde, as ações, modelos, contribuindo para o debate sobre a Política Nacional de Vigilância Sanitária (PNVS).	Vigilância em Saúde
Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina CASEMIRO, J. P. et al.	Revisão bibliográfica sobre o tema da saúde escolar na América Latina, a partir de artigos publicados entre 1995 e 2012.	Saúde na escola
O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil LAZARINI, W. S.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M.	Analisa a relação entre educação em saúde e a política de participação e controle social em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES, Brasil.	Educação em Saúde
Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável SPERANDIO, A. M. G.; FILHO, L. L. F.; MATTOS, T. P.	Descreve aspectos relevantes da Política Nacional de Promoção da Saúde em interface com as políticas de Planejamento Urbano no Brasil.	Promoção de saúde
Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família/ LACERDA, T. S. e. et al.	Busca conhecer a percepção de equipes de Saúde da Família sobre as relações trabalho-saúde-doença e suas implicações para o cuidado aos trabalhadores.	Saúde do trabalhador
Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. FREITAS, L. K. P. et al.	Analisa historicamente os avanços das políticas públicas no Brasil relacionadas à nutrição/alimentação e à prática de atividade física no controle da obesidade em adolescentes.	Políticas relacionada à nutrição

Inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios MATTOS, G. C. M. et al.	Discute a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em cidades de uma microrregião do sudeste do Brasil, sob a perspectiva dos recursos humanos.	Saúde bucal
Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde COSTA, C. G. A. et al.	Identifica significados e repercussões da prática da agricultura urbana e periurbana em Unidades Básicas de Saúde, enquanto uma atividade de Promoção da Saúde.	Promoção de saúde
Avaliação da Política Nacional de Promoção da saúde: perspectivas e desafios. MAGALHAES, R.	Analisa perspectivas e desafios para a avaliação da implementação da Política Nacional de Promoção da saúde no país, a partir de uma revisão de literatura.	Promoção de saúde
Exposição ao benzeno em postos de revenda de combustíveis no Brasil: rede de Vigilância em saúde do Trabalhador (VISAT) MOURA-CORREA, M. J. et al.	Apresenta a experiência da rede de vigilância da exposição ao benzeno em Postos de Revenda de Combustíveis, descrevendo seus componentes.	Saúde do Trabalhador
Educação permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e saúde. QUEIROZ, D. M. de; SILVA, M. R. F da.; OLIVEIRA, L. C. de	Objetiva indicar os passos do processo pedagógico vivenciado com os ACSs no município de Pacoti--CE, Brasil, alicerçada no referencial da Educação Popular e Saúde (EPS).	Educação em Saúde
Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de saúde (SUS) ANDRADE, M. A. C. et al.	Tem como objetivo refletir sobre uma experiência de apoio institucional no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal.	Apoio institucional
O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal-- "Brasil Sorridente": um estudo de caso. AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G.	Estudo de caso que investigou as perspectivas de gestores e profissionais de saúde bucal dos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) acerca do cuidado em saúde bucal após o lançamento da Política Nacional de saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente.	Saúde Bucal
Experiência de vigilância no setor canavieiro: desafios para interromper a "maratona" perigosa dos canaviais.	Artigo na modalidade de ensaio que busca analisar as experiências de Saúde do Trabalhador no contexto canavieiro.	Saúde do Trabalhador

VILELA, R. A. de G.		
Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil CUNHA, Natasha Ventura da et al.	Pesquisa qualitativa sobre a estrutura, a organização e os processos de trabalho no Programa de Controle da Tuberculose, por meio de entrevistas com coordenadores do programa.	Tuberculose
Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. ARAUJO, F. R. de et al.	Buscou investigar a relação entre o número de famílias participantes do Programa Bolsa Família nos municípios do Nordeste e os indicadores de avaliação do programa no Subcomponentes do Fator de Operação do Índice de Gestão Descentralizada.	Bolsa Família
Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: Análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016 TEIXEIRA, M. B et al.	Pesquisa documental que analisou modelos que influenciaram as Políticas Públicas sobre Drogas Brasil.	Política de drogas
Avaliação da inserção de alimentos orgânicos provenientes da agricultura familiar na alimentação escolar, em municípios dos territórios rurais do Rio Grande do Sul, Brasil SANTOS, F. dos et al.	Avaliação da inserção de alimentos orgânicos na alimentação escolar em municípios dos Territórios Rurais do Rio Grande do Sul.	Saúde na escola
Saúde bucal de adolescentes escolares FILGUEIRA, A. C. G. et al.	Estudo seccional com adolescentes escolares de um instituto federal de educação com o objetivo de estimar sua condição de saúde bucal e a qualidade de vida.	Saúde bucal
Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador VASCONCELLOS, L. C. DE F.; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.	Apresenta indagações sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no Brasil, como subsídio para a IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	Saúde do Trabalhador
A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil ROSA, A. DA S.; BRETAS, A. C. P.	Reflete sobre as situações de violência na vida de mulheres em condição de rua na cidade de São Paulo	Violência

Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte VEIGA, L. DA; BRONZO, C.	Analisa a experiência do Programa BH Cidadania, desenvolvido pela Prefeitura de Belo Horizonte desde 2002, uma estratégia de articulação intersetorial de serviços e setores.	Intersetorialidad e
Sustentabilidade de um programa de alimentação escolar bem-sucedido: estudo de caso no nordeste do Brasil MELO, M. N. T. DE; SÁ, R. M. P. F. DE; FILHO, D. A. DE M.	Analisa os fatores favoráveis e os desfavoráveis à sustentabilidade do Programa de Alimentação Escolar na cidade de Tabira.	Políticas relacionada à nutrição

Fonte: BVS e Portal de Periódicos da CAPES.

Levantamento realizado em junho de 2017.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada para o G01 e G02



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS E
GESTORES**

IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

Código do entrevistado: _____

Formação: _____

Tempo de Formação: _____

Possui Pós-graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Pós-graduação em ESF/Atenção Básica: () Sim () Não

Pós-graduação em Vigilância em Saúde: () Sim () Não

Tempo de experiência na ESF/Atenção Básica e/ou Vigilância em Saúde: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Tipo de vínculo: () Estatutário () Cargo

Práticas

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Fale sobre as práticas de saúde desenvolvidas no território.	Ações e serviços de saúde prestados à comunidade (dentro da Unidade de Saúde e fora dela). Como são desenvolvidas essas práticas.

Como você analisa essas práticas?	Individuais e coletivas Foco na doença ou saúde
--	--

Território

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Como você compreende o território onde você trabalha?	Território-processo X território geográfico X administrativo e gerencial Estático ou em construção
Como foi desenvolvido o seu conhecimento sobre esse território?	Observação Sistemas de informação Contato com a comunidade Territorialização/Mapeamento
Quais atores participaram do processo de conhecimento do território?	Médicos, enfermeiros, dentistas, ACS, gerente, técnico de enfermagem, comunidade, usuários, outros profissionais da rede

Problemas de saúde

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Fale sobre os principais problemas de saúde do território	Problemas do estado de saúde Problemas do serviço de saúde Determinantes sociais
De que forma (através de quais fontes) você percebeu estes problemas.	Observação Análise de situação de saúde Sistemas de informação Contato com a comunidade

O que é feito a partir do conhecimento desses problemas? Como é feito?	Planejamento Discussão em equipe Organização do serviço conforme os problemas
---	---

Intersetorialidade

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Fale sobre o que você entende por ação intersetorial.	Ações conjuntas, compartilhamento de saberes e fazer Parceria pontual em ação específica X ações continuadas Uso de espaço físico de outros serviços
Cite exemplos de ação intersetorial e comente como são desenvolvidas. Quais os atores envolvidos?	Conhecimento dos equipamentos e atores intersetoriais Ações desenvolvidas
O que você considera como facilidades e dificuldades no desenvolvimento dessas ações intersetoriais?	Comunicação Envolvimento dos atores Tempo Desconhecimento dos atores Relações de poder

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semi-estruturada para usuários



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA USUÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO

Data: ___ / ___ / ___

Código do entrevistado: _____

Idade: _____ **Sexo:** () Feminino () Masculino

Nível de escolaridade: _____

Tempo que reside no território: _____ **Equipe adscrita:** _____

Tempo que frequenta a USF: _____

Território

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Como é viver nesse bairro?	Território dinâmico Território geográfico Estático ou em construção
O que há de bom e ruim em viver nesse bairro?	Pontos positivos do bairro Pontos negativos do bairro

Problemas de saúde

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Quais os principais problemas de saúde que você percebe nesse bairro?	Problemas do estado de saúde Problemas do serviço de saúde Determinantes sociais
Como esses problemas poderiam ser resolvidos?	Participação da equipe de saúde Organização do serviço Participação da comunidade

Intersetorialidade

QUESTÕES	PONTOS NORTEADORES
Comente sobre uma ação que a Equipe de Saúde da Família desenvolveu com outros serviços públicos ou instituições sociais nesse território.	Conhecimento de alguma ação intersetorial Instituição envolvida
O que você achou dessa ação? O que você acha que foi bom e o que poderia ser melhorado?	Frequência Qualidade Divulgação

APÊNDICE E – Mapas de associação de ideias

Dimensão: Território

Sentidos sobre o território – G01

SENTIDOS SOBRE O TERRITÓRIO				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>O território daqui é amplo. Assim, eu acho que, assim, que se tivesse uma outra equipe os pacientes seriam bem mais atendidos, ainda mais com essa questão do aumento da territorialização, né, que agora os ACS são o mínimo de 575 pessoas por ACS. Então, assim, 4 médicas, 4 enfermeiras, não dá conta.</p> <p>Mas não é uma comunidade violenta assim, que os profissionais tenham medo de ir pra área, mas o acesso é difícil também, são muitas ladeiras, tem áreas que o saneamento básico é um pouco precário, que é esgoto a céu aberto.</p>	<p>Seria uma área adscrita, com sua história tanto cultural, quanto, é, tradições, é, são mais ou menos parecidas. A gente vê essa divisão aqui de microáreas, cada um você vê seus aspectos, pessoas mais carentes, outras que tem uma condição socioeconômica mais elevada, com menos fatores de risco, então eu enxergo assim, uma coisa bem viva, né, a área de abrangência.</p> <p>E no momento eu tô percebendo muita gente aderindo ao SUS, né, com a perda de plano de saúde [...] pelas condições do país mesmo, o desemprego [...]</p> <p>É, fatores de risco a gente observa assim muito alcoolismo, usuários de drogas também, tem aumentado</p>	<p>É um território misto, território que tem pessoas com condição financeira bem equilibrada que não precisa da unidade, que tem plano de saúde, e em contrapartida você encontra pessoas a nível de submundo, miséria mesmo, né.</p> <p>Então a gente tem que ter jogo de cintura, até a linguagem tem que ser diferente para cada pessoa.</p>	<p>[...] nós tínhamos valas abertas que junto com a prefeitura a gente conseguiu fechar. Só tem uma partezinha [...] que tá aberta ainda, que a gente vem trabalhando. Porém, a parte social, a nível, principalmente, do tráfico é uma coisa que a gente não consegue realmente intervir.</p> <p>Eu acho que o maior problema pra gente hoje é o tráfico, é a violência, porque antes eu saía nessas [nome do bairro] de relógio, de cordãozinho, com meu celular, onde fosse eu não tinha medo, né. Ainda assim a gente tem um excelente relacionamento com todos eles, então, eles nos avisam, “avisa a [nome do entrevistado] pra não descer que hoje não tá legal”.</p>	<p>É um território na minha opinião de uma população que dentro de Salvador não é a população assim mais carente que existe. Eu acho que existem outros territórios, tem uma micro área específica que a população, é, alguns tem plano de saúde, né, tem uma condição melhor, é, embora, até agora com a crise, isso aí tenha até feito, a demanda no posto aumentou por conta da crise, porque muitos perderam plano de saúde, né, é, por causa do desemprego, mas de um modo geral é uma população, é, humilde, mas um pouco mais esclarecida que tem ainda alguma, alguma condição melhor de instrução.</p>

	muito, e doenças mentais [...]		O território a gente conhece diariamente, né, as coisas modificam diariamente. Então a população, ela é dinâmica. O território, ele é dinâmico.	
--	--------------------------------	--	---	--

Sentidos sobre o território – G02

SENTIDOS SOBRE O TERRITÓRIO		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>É um território bastante trabalhoso, é um território que se você for ver é o segundo de Salvador, bastante populoso. Está ficando violento, é algo que realmente a gente não tem dimensão assim de onde você pode adentrar.</p> <p>[...] isso aqui toda vez muda, por mais que a gente pense que aquela área tá daquele jeito quando a gente volta, muda. A mudança ela realmente acontece de uma forma muito rápida. Ou aquele, aquele local já tem um monte puxadinho e você vê a sua população crescer, você vê a sua população morrer jovem [...]</p>	<p>É um território muito vasto tanto na parte geográfica quanto populacional, muito dinâmico, muito vivo e muito mesclado na realidade. Nós temos aqui na parte geográfica um município basicamente, com várias populações de classes diferentes.</p> <p>É surpreendente alguns tipos de moradias, a falta de acesso a equipamentos de saúde, a equipamentos de ensino, é muito precário. Falta o básico do básico mesmo. Contudo, isso vem melhorando aos poucos com o trabalho das equipes. E as unidades têm um papel fundamental nessas mudanças. As equipes hoje é, atuando com as Universidades, em parcerias, conseguem mudar muitas realidades, seja ela na parte econômica, com capacitações, com proposta alternativas, seja ela também na parte educacional levando possibilidades às pessoas de mudarem sua realidade, de forma até motivacional.</p>	<p>É um território, o Cabula é uma área bem ampla, bem extensa em termos de população também. A realidade do nosso distrito é, nós temos ao todo um total de unidades básicas e Saúde da Família né, 17 unidades, então fazer o acompanhamento desse território, acho difícil, até pela extensão que ele tem [...]</p> <p>É um território com todas as dificuldades, várias dificuldades, de violência, principalmente, que tem. São bairros também periféricos, né, a questão de saúde, de nível de escolaridade também da população, tudo isso acaba interferindo, né, nas ações que são desenvolvidas dentro da nossa área.</p>

Sentidos sobre o território – G03

SENTIDOS SOBRE O TERRITÓRIO				
G03E01	G03E02	G03E03	G03E04	G03E05
<p>Eu acho bom, eu acho que não seja tão violento como muitos bairros que têm por aí.</p> <p>A escola eu acho boa também. [...] Meu filho é estudante e eu não tenho o que reclamar.</p> <p>Muita coisa que mudou. O colégio, o posto de saúde, tudo mudou, né, porque as coisas foi crescendo mais e melhorando mais aqui pra o povo, eu acredito assim [...]</p>	<p>Não tenho nada pra falar mal, não. Tá certo que a violência, né, minha filha, tá em todos os lugares, né. A rua que eu moro é tranquila, eu moro pertinho daqui.</p> <p>O que eu acho de ruim é o transporte, sabe porquê? Depois desse negócio desse metrô agora, tá mal.</p>	<p>Mais ou menos viu, porque é muita violência.</p> <p>De bom, graças a Deus, aqui tudo é perto, mercado, [nome de mercado], lojas, se você quiser comprar qualquer coisa por aqui, é tudo perto.</p> <p>Graças a Deus onde eu moro não tem nada desse negócio de tráfico de drogas.</p> <p>[...] escola pra criança que é difícil a pessoa achar [...] não ensina nada, não vou mentir não, porque minha filha tá estudando há 2 anos no colégio, ela não sabe de nada [...]</p>	<p>Tem o lado bom e o lado ruim, né. Ruim pela violência e bom porque, graças a Deus, eu não tive nenhum problema relacionado a, a infraestrutura, graças a Deus, onde eu moro é um lugar tranquilo.</p> <p>Hoje tem mais comércio, né, melhorou bastante [...]</p>	<p>Hoje em dia ele é um pouco mais violento [...]</p> <p>Eu acho que temos escolas municipais boas, particulares também.</p> <p>De ruim seria também a questão do comércio porque a gente não tem opções.</p> <p>Aqui não tem onde a gente levar nossas crianças pra fazer um lazer porque ainda é se limitado, tal rua não pode ir na outra rua. Então, aqui não tem uma praça pública, aqui não tem nada assim de atividade pública [...]</p>

Sentidos sobre o território – G03

SENTIDOS SOBRE O TERRITÓRIO - A SAÚDE NO ESPAÇO DO TERRITÓRIO				
G03E01	G03E02	G03E03	G03E04	G03E05
<p>Eu acho bom que tem médico perto da gente, a gente tá sempre sendo consultada, sempre tá achando, que os agentes comunitários</p>	<p>Não tem nada. O posto [inaudível] deveria ser bem melhor porque remédio aqui minha filha, uma realidade pra você encontrar</p>	<p>Eu moro aqui, mas pra mim é muita dificuldade em tudo porque as vezes a pessoa tá precisando de uma emergência, não encontra. Eu pensei até que</p>	<p>De bom, o posto é bom, o atendimento é bom.</p> <p>[...] só venho aqui mesmo em questão de marcação como</p>	<p>[...] normalmente a gente só tem clínico. Se a gente precisar de um ortopedista, não temos, se a gente precisar de uma consulta</p>

<p>sempre tá na casa da gente. [...] Tem muita gente que reclama, eu não reclamo, não.</p> <p>Eu achava que deveria ter mais assim ginecologista, mais exame pra a gente não ter que se deslocar pra fora, tudo isso.</p>	<p>um, e são 7 remédio que eu tomo.</p>	<p>aqui ia virar uma emergência, depois que teve essa reforma, mas continua a mesma coisa. Mas dá para levar, fazer o quê. [...] tem muita gente que mora no interior, não tem nem hospital, não tem médico é assim mesmo.</p>	<p>eu tô te falando, de rotina tal [...]</p>	<p>com otorrino, não temos.</p> <p>Aqui deveria ter uma UPA, ou sei lá, uma unidade de emergência porque a UPA de lá (bairro vizinho) não dá pra pegar todo o bairro do Cabula.</p> <p>O posto atende a nossa necessidade, né, ele também não é ruim.</p>
---	---	--	--	---

O conhecimento do território – G01

O CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO - INSTRUMENTOS				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>Conversando, né, com os profissionais internos, né, médicos, enfermeiros e dentistas e os agentes comunitários e também indo pra a área [...] acho que foi conhecendo mesmo território, indo pra o campo.</p>	<p>Quando eu cheguei aqui a unidade já estava em funcionamento, então, já tava meio que realmente dividido. Os profissionais que chegaram antes, eles saíram pra fazer o reconhecimento da área e aí foram fazendo as delimitações, configurou num mapa, cada equipe tem seu mapa, sua área, suas áreas de abrangência e a responsabilidade de cada agente comunitário [...]</p> <p>[...] com o tempo você vai percebendo que</p>	<p>Trabalhando, visitando, fazendo o cadastro [...] Antigamente era SIAB, agora é e-SUS.</p> <p>[...] a gente conversa com esse paciente, a escolaridade, onde trabalha, o que faz, como vive, a renda, então a gente já tem, a partir daí a gente tem o histórico.</p>	<p>Indo nele, né. Desde que eu vim aqui, inclusive a divisão do território eu participei. Então eu fui, conheci todo o território, mapeei tudo com os agentes comunitários, fiz mapa dinâmico, né. A gente colocou tudo direitinho, estudamos, depois dividimos as equipes pra que a gente pudesse conhecer.</p> <p>E o tempo inteiro a gente tá indo na área para conhecer um paciente novo, um local novo</p>	<p>Visita domiciliar, muito contato em consultório também, conversando com o paciente, a gente percebe, né, o nível de informação que o paciente tem [...]</p>

	as pessoas têm histórico mais ou menos parecido, com o acompanhamento das famílias, nas visitas domiciliares, nas visitas na área.		que foi construído, e uma chuva que apareceu e aí tá aparecendo uma encosta que não é interessante pra gente. E a gente vai conhecendo isso diariamente, né.	
--	--	--	--	--

O CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO – ATORES SOCIAIS

G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
Os agentes comunitários e os, o pessoal da comunidade que me deixou entrar no domicílio [...]	Além dos profissionais que já estavam, né, os Agentes Comunitários de Saúde, que a maioria são moradores daqui, já conhecem a história do local, e por eles a gente adquiriu muito conhecimento da região. É, líderes comunitários também, participando, dando informações. Todas as equipes receberam a denominação de acordo com alguma característica do local.	[...] o Agente Comunitário de Saúde ele tem que morar, desde o início ele tinha que morar dentro da própria comunidade e trabalhar. Então eu atribuo a [...] a meu vínculo que eu criei, né, com a comunidade antes de trabalhar aqui. E também a, ao comércio, as pessoas, os comerciantes tem uma certa confiança em você e a associação já tem uma ligação com você, a igreja tem uma ligação com você, então tudo isso, né, ajuda.	Todos da unidade, né, os agentes, é, a equipe, a equipe multiprofissional em si, que inclui os agentes comunitários, as agentes comunitárias, a médica, a enfermeira, o dentista, né, o odontólogo, a ACD, entrou nesse processo. É, e acredito que, não mais do que isso, né, junto com a população. A população também nos mostrou muitas coisas, né, então foi um trabalho em conjunto e ainda nos mostra.	Agente de saúde são os meus braço direito, né. Eu tenho uma equipe muito boa, graças a Deus. Os agentes comunitários de saúde, eles são bastante participativos, ativos, ajudam, então eu diria que eles também são o meu veículo de informação direta, né, o retrato da comunidade.

O conhecimento do território – G02

O CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO - INSTRUMENTOS		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Na cara dura, né, no dia a dia, identificando, porque quando eu cheguei aqui no distrito [...] eu imaginei que eu conhecia, mas na verdade eu conhecia um grãozinho de areia.</p> <p>Eu não posso fazer uma análise, uma análise, a nossa análise de situação da vigilância epidemiológica é voltada pra PAS, é voltado pra o relatório quadrimestral, e nunca para uma análise nossa porque senão eu tenho que parar tudo que eu faço.</p>	<p>Em seis meses nós já visitamos todas as unidades do distrito, é, conhecendo, visitando as rua, conhecendo as realidades das moradias, saindo com os agentes comunitários, com as equipes, com o próprio distrito, conseguindo assim é, uma visão ampliada do distrito Cabula-Beirú de uma forma macro [...]</p>	<p>Então, na prática mesmo que eu comecei a ter o conhecimento, né, porque eu não tinha essa noção da extensão e do que era o distrito em si. Então foi trabalhando, quando eu comecei a trabalhar aqui mesmo, quando eu comecei a ter essa vivência, ter essa noção de demanda de cada local [...]</p>

O CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO – ATORES SOCIAIS		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Ah, todos. Desde aqui do distrito mesmo [...]. É, a figura dos técnicos que estavam na época [...] as chefias contribuíram, sim, para o meu conhecimento e também os próprios, a própria unidade de saúde [...]. Se a gente quiser realmente ter conhecimento é na unidade que a gente vai observar. É a informação dos profissionais da unidade que, que, a observação deles é que vai fazer com que você realmente identifique como é o perfil de sua comunidade [...]</p> <p>[...] eu destaco muito o profissional enfermeiro [...] Com essa lei que teve, esse ato médico que teve, deu pra perceber que as unidades praticamente pararam [...] sem o profissional enfermeiro estando a frente</p>	<p>[...] a ideia era que nos primeiros seis meses como foi, é, planejado nós teríamos que visitar todas as unidades do distrito, juntamente com as gestões, com os profissionais de saúde, ter conversado com todos os profissionais de todas é, todas as categorias os Agentes comunitários, agentes de portaria, as chefias também de Ações, de Vigilância, de Vigilância Sanitária, de vacinação, de imunização.</p>	<p>[...] acho que o pessoal do próprio distrito, da sede, a questão da Subcoordenação de Vigilância, de Vigilância da Saúde, que tinha no momento e era, no momento. Então, passava, tinha muitas informações da própria coordenação do distrito e um pouco, e as chefias né, tanto de Vigilância Epidemiológica quanto a vigilância de ações.</p>

de alguma ação, não vai para frente, a unidade para.		
--	--	--

Dimensão: problemas de saúde

Sentidos sobre os problemas de saúde – G01

SENTIDOS SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>Tuberculose, a gente tá com muitos pacientes com tuberculose. Mas assim, eu também vou e volto, a gente tá recebendo muitos pacientes fora de área, que tem muitas unidades que não estão marcando demanda aberta e os pacientes acabam vindo para cá. Pré-Natal também [...]</p> <p>Mas tuberculose, pré-natal e hipertensos é assim, o que a gente mais atende aqui. Diabetes a gente tem um número bom, mas não é tão grande como o de hipertensos.</p>	<p>Aqui os principais, sem dúvida hipertensão e diabetes, muito prevalente, muito. Digamos que todas as equipes tão com um número muito grande de pacientes hipertensos e diabéticos, é grande. E agora tuberculose também tá sendo um fator bem relevante, se bem que tuberculose é demanda aberta, então a gente recebe dos arredores também, né [...]</p> <p>DSTs também acontece. Não é um número muito grande, mas acontece. Digamos que aqui a gente já viu de tudo.</p>	<p>[...] o principal mesmo [...] que mais que a gente vê que tá aumentando demais é a Hipertensão. A Hipertensão tá batendo recorde. Eu mesmo tenho cerca de cento e, quase 200 hipertensos, né. [...] depois vem a diabetes, depois vem, eu, eu posso considerar também problema de saúde a questão da violência, né, entendeu?</p> <p>Aí vem questões é de problemas assim de higiene, pele, escabiose, essas coisas que acontecem por questões de higiene, que com o trabalho do agente de saúde já fica, já vai diminuindo [...]</p>	<p>Hipertensão, diabetes, é o nosso grande, é, numericamente é o que a gente mais tem, é, é, a hipertensão diabetes como doenças crônicas.</p> <p>[...] tuberculose temos um número importante aqui, mas a gente faz todo um acompanhamento .</p> <p>Outra coisa que eu acho que vale muito colocar aí é a questão de doenças mentais, né, então depressão, esquizofrenia, saúde mental, realmente tá bem complicado, inclusive em detrimento do uso de droga.</p>	<p>Hipertensão e, e tuberculose [...]</p> <p>Teve um período aqui que tava muito frequente, intenso a sífilis [...]</p> <p>[...] eu percebo assim nas reuniões com médicos, enfermeiras seria, tem um público aí adolescente que acho que tem muito pouca informação, muita menina jovem que chega aqui às vezes sem conhecimento, sem, sem precaução nenhuma, sem instrução.</p>

Sentidos sobre os problemas de saúde – G02

SENTIDOS SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Eu acho que problema de saúde tá voltado pra uma questão de educação. [...] eu acho que a educação do povo implica na questão de saúde porque se jogar lixo na rua, fazer determinadas coisas que se evitaria o processo de doença implica na saúde. A educação realmente, a falta dela, porque eu não vou dizer que é a falta de conhecimento, que a gente vive hoje num mundo onde o conhecimento chega primeiro do que muitas outras coisas hoje.</p> <p>As arboviroses que reinam, né, apesar da subnotificação [...] houve realmente uma redução, mas reina. E o que a gente tá percebendo que já é grande, mas sempre percebe é um aumento de pessoas acidentadas por cachorro, atendimento antirrábico realmente tá crescendo.</p> <p>Aí a gente entra com sífilis, que houve uma crescente, o porquê disso a gente pode associar a falha na comunicação, uma realmente, uma não chamada para esse parceiro.</p> <p>Então, os problemas que eu percebo que tá tendo uma crescente, continua as arboviroses, sífilis e tuberculose.</p>	<p>Vamos começar pela violência. [...] um dos fatores que chamam mais atenção talvez pelo nível de pobreza [...] o tráfico é um problema que talvez também eleve significativamente a violência nos bairros.</p> <p>Outro fator que me chama muita atenção também é a falta de conhecimento educacional da população. Apesar de não estar totalmente ligado à área de saúde, mas interfere diretamente na saúde dessa população.</p> <p>Podemos também falar a questão é, da gestação [...] apesar das unidades estarem todas contempladas com profissionais capacitados para atender esse público de gestantes, mas ainda assim identificamos alguns agravos, alguns problemas no processo de, de consultas ou até na hora mesmo do parto certo [...]</p> <p>A vacinação também é um problema, apesar de que nossas unidades hoje requalificadas, boa, boa parte das nossas unidades estão todas requalificadas, receberam câmeras frias, mas ainda temos algumas unidades que precisam de uma logística mais adequada por falta de, de processos de climatização [...]</p>	<p>[...] a sífilis para gestante e a questão da doença falciforme para as crianças, são as que eu vejo com maior frequência seria esses dois, em termos de vivência né, o que eu mais vejo.</p> <p>Além da questão da Hipertensão e Diabetes né, também tem um número grande, apesar de não ter isso quantificado, de ter números, mas pelos relatos, pela atenção, pela questão de busca, de consulta, de atendimento nas unidades, a gente sabe que tem muito.</p> <p>E atualmente tem a questão, um encaminhamento muito grande de idosos pra questão, pra o Creasi, então tem essa demanda muito grande, aumentando, que é o distrito que mais encaminha para o Creasi.</p>

Sentidos sobre os problemas de saúde – G03

SENTIDOS SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE				
G03E01	G03E02	G03E03	G03E04	G03E05
<p>Pra conseguir um exame assim, quando é um exame que dá para fazer aqui, faz, e quando tem que marcar, tem que tá saindo cedo, tem que vir cedo. Eu achava que deveria melhorar essas coisas, por exemplo, atendimento mesmo de marcação, deveria ser menos essa agonia porque é muita agonia.</p> <p>O dentista mesmo quando a gente tá marcando, que a gente vem, não consegue. Tem que chegar 4 horas, 3 horas da manhã pra conseguir.</p> <p>Pressão, problema de diabete, é tudo isso.</p>	<p>Saúde? Eu não sei lhe informar, não. O meu problema mesmo é pressão [...]</p> <p>Aqui falta praticamente tudo [...] fui beber um pouquinho de água pra molhar a garganta, não tinha água. Banheiro, tá trancado.</p> <p>[...] um curativo você vem fazer, não tem material.</p> <p>Porque várias ruas aqui no bairro tem a agente (ACS), mas lá na minha rua não tem.</p>	<p>Mais isso, pressão alta e diabete, que eu mais vejo.</p> <p>As vezes aqui não tem nada, não acha remédio, não acha nada nesse posto, nunca se acha. [...] exame de sangue demora mais de 3 meses pra chegar, exame, sendo outro exame, preventivo demora mais de 6 meses, as vezes pra chegar.</p>	<p>Em termos de fazer algum exame assim específico pra marcar pelo sistema, que é ruim. Às vezes você não consegue de imediato e é um exame pra ser feito naquele período e aí eles dão um prazo muito longo.</p>	<p>Eu vejo muitas pessoas aqui no posto, que sempre eu tô por aqui, eu vejo muito hipertenso, né. [...] eu vejo essas coisas virais, essas gripes, eu vejo muito isso também. Agora tá essa epidemia de conjuntivite.</p> <p>[...] eu questiono porque tem medicamento que você acha em um posto e não acha no outro, se é tudo distribuído de uma forma [...]</p>

O conhecimento dos problemas de saúde – G01

O CONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE - INSTRUMENTOS				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>Eu percebi da fala mesmo dos profissionais, né, dos ACS, é, dos</p>	<p>[...] reconhecimento da área e visitas domiciliares,</p>	<p>Fazendo a visita, fazendo o cadastro, o mapeamento. [...]</p>	<p>Olha, o SIAB, ele foi importante nisso pra gente</p>	<p>Reunião em equipe. Foi de uma maneira informal, viu,</p>

<p>médicos, das enfermeiras e também quando eu fico na recepção, a chegada desses pacientes pra marcar agenda. [...] no dia que tem marcação para Hiperdia é um dia que as filas são imensas.</p>	<p>aqui mesmo no consultório individual, né, os pacientes já tem aquele vínculo, paciente-profissional, tem a confiança e nos relatam muita coisa também, né. E através dos agentes comunitários, são principais, principais fontes.</p>	<p>eu mesmo tenho uma pasta com todos os meus pacientes. E agora com o e-SUS fica mais fácil porque você abre lá no sistema.</p> <p>Agora com o tablet fica tudo perfeito.</p> <p>É bom que é rápido, você tem um, um histórico mais é, rápido. Você, é, se a pessoa, [...] pedir “(nome da entrevistada) quantos hipertensos você tem hoje?”, aí eu boto lá, abro e aparece logo.</p>	<p>conseguir unificar. [...] a gente recebia esse relatório até semestral, primeiro trimestralmente, depois semestralmente, depois anualmente, depois nem isso. Então ele deu a primeira visão. Logo depois com as fichas dos agentes comunitários a gente se atualizava, né. E agora com o tablet, a gente tá conseguindo ter essa visão bem melhor, né, com o e-SUS [...]</p> <p>A gente pode ver isso tanto na nossa realidade de atendimento quanto quando a gente faz reunião mesmo, que a gente vai analisar o número de pacientes e os problemas que os pacientes vêm enfrentando [...]</p>	<p>muito a rede de comunicação informal, né. Os próprios colegas mesmo, troca de informação. Não foi de uma forma vertical que essa informação veio, não, foi de uma forma horizontal mesmo [...] contato com os agentes.</p>
---	--	--	--	---

O conhecimento dos problemas de saúde – G02

O CONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE - INSTRUMENTOS		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Quantitativamente, através do acompanhamento no Sinan, né, fazendo, através de números mesmo, a gente observando um grande número de notificação.</p>	<p>A gente acaba tendo algumas reuniões com as chefias, conversas, reuniões, não só com as chefias, mas também nas reuniões a nível de município, de secretaria. E além do mais, nós temos as</p>	<p>Com a questão do, da sífilis, através dos resultados de exames que eu recebo, de triagem pré-natal, teste do pezinho. É, dos idosos através dos encaminhamentos e esse</p>

<p>[...] se não realmente notificar a gente não vai identificar o crescente, que é o que está acontecendo com a dengue. Tá tendo uma baixa, será que realmente tá tendo uma baixa ou tá tendo uma subnotificação? [...] para mim tá tendo uma subnotificação, para ser mais direta. Então através do Sinan, através do número de notificação.</p>	<p>reuniões com gestores e equipes, né, que eu acho que é o grande diferencial nesse modelo de gestão que nós estamos, que estamos, estamos implantando no nosso distrito, onde a equipe tem esse acesso direto agora com a gestão distrital, onde elas informam suas principais dificuldades e isso realmente tá sendo muito importante, pois a informação chega com uma velocidade mais rápida, sem perdas [...]</p> <p>nós temos nossos relatórios trimestrais, que estamos readequando ele [...] as informações também foram mais simplificadas e muito mais fácil de ser analisadas.</p>	<p>retorno como eu falei do Creasi.</p> <p>E Hipertensão e Diabetes são mais relacionados a demanda que as unidades tão sempre relacionando, né, tão sempre abordando. Mas hipertensos e diabéticos não tenho dados pra tá quantificando, não sei dizer.</p>
---	---	--

Estratégias de enfrentamento aos problemas de saúde – G01

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>Tuberculose teve uma época que ficou assim muita gente [...] que a gente intensificou a educação em saúde, a enfermeira e a médica se juntaram, elas fizeram sala de espera, os agentes comunitários distribuíram aquele folheto de tuberculose, que a gente voltou mais pra essa ação da tuberculose.</p>	<p>Primeiro é notificado, aí no que a gente pode tá resolvendo a nível da unidade, aqui mesmo, a gente resolve ou buscar parcerias, né, através do distrito sanitário. A gente recebe orientação pra onde encaminhar pacientes, né, como vai ser o fluxo. Assim, o que pode resolver aqui, a gente consegue resolver, outras coisas referencia, né, notifica, referencia e vai fazendo o acompanhamento</p>	<p>Nosso trabalho [...] é o acompanhamento e a reeducação, ajudar esses pacientes a ter reeducação alimentar. O acompanhamento é o seguinte, normalmente o acompanhamento é uma vez por mês. Isso quando o paciente ele é encontrado [...]</p> <p>Então com o controle, é feito dessa forma, quando vem na unidade também é recebido pelo médico,</p>	<p>A gente monta estratégias. Os grupos quando a gente monta, pensando é, é, na questão da problemática. O atendimento, agora mesmo a gente tá fazendo um atendimento é, em conjunto, então, todo diabético que passa pela médica passa [por enfermeiro]</p> <p>A gente percebeu que quando se abria um atendimento pra enfermeiro, [...] não tá prescrevendo é,</p>	<p>Eu acho que tem que se desenvolver ainda, sabe uma estratégia de repente mais específica pra poder tratar, é, essa população.</p> <p>Agora no final do ano mesmo teve um, o pessoal da enfermagem e os médicos, eu não sei assim diretamente relatar, especificamente o que que é que foi discutido, porque eu não participei [...] eu acho que foi com</p>

	<p>de cada problema.</p> <p>Agora a questão de não ter uma rede, né, estipulada, isso prejudica bastante pra encaminhamento, pra referência desses, dessas demandas.</p>	<p>orientado pelo enfermeiro.</p> <p>As reuniões é pra vários assuntos, mais especificamente quando a enfermeira reúne com a gente é pra gente passar a problemática da área. [...] quando a gente se reúne a gente vai só pontuar aqueles pacientes que não vem para a unidade, que não gostam de marcar, não vem pra as consultas ou não toma medicação [...]</p>	<p>os pacientes não tinham tanto interesse em vir pra consulta [...]</p> <p>[...] nós tínhamos aqui uma, um conselho local [...] pedimos o apoio do vereador na época, fizemos um documento com assinatura da população e do Conselho. Encaminhamos pra o conselho e a gente conseguiu [...]</p> <p>O conselho é não foi, não se renovou [...] É uma das coisas que a gente vem discutindo voltar a trabalhar com a população pra sensibilizar eles.</p>	<p>relação ao programa de Hipertensão, se eu não me engano. Eu acho que eles estão replanejando alguma estratégia [...]</p> <p>Não participei. Foi reunião específica voltada pra médicos e enfermeiros, eles que participaram, que foram convocados [...]</p>
--	--	---	--	--

Estratégias de enfrentamento aos problemas de saúde – G02

ESTRATÉGIAS ENFRENTAMENTO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>[...] com a tuberculose a gente faz reunião com as unidades. [...] a gente tá indo justamente para identificar o porquê que tá tendo tanto abandono, o quê que a unidade tá fazendo pra que eu tente captar esse paciente com abandono.</p> <p>Com relação às arboviroses, toda reunião de CEDS [...] cobrança de informação sobre a planilha de notificação negativa [...]</p> <p>No caso da sífilis, o quê que está se fazendo para se</p>	<p>[...] com o conhecimento desses problemas, nós estamos criando estratégias com a equipe distrital. É uma meta para esta coordenação efetivarmos nossas reuniões quinzenais com todas as chefias do distrito no ano de 2018 para que as pautas sejam colocadas de uma forma abrangente para que possamos discutir estratégias para solução desses problemas.</p> <p>[...] nós teremos reuniões quinzenais com todas as chefias, né, e participantes do</p>	<p>A questão da sífilis em gestante é sempre abordado nas reuniões é, da Rede Cegonha, né, com as referências, as unidades têm as referências do pré-natal que participam de reuniões, que hoje em dia são reuniões bimensais, que é a reunião do distrito né, pra os profissionais. E aí tá sempre colocando pra eles como tá a situação, com a questão do tratamento e tentar identificar junto com eles quais seriam esses problemas, se essas gestantes tão fazendo o</p>

<p>intensificar, fazer uma sala, uma roda [...]</p> <p>Então, a própria unidade identifica que houve esse aumento, essa demanda e sente a necessidade de orientar a comunidade, os seus usuários.</p> <p>Eu acho que, eu acho que é a proatividade, o discernimento das pessoas, ele tem que ser encorajado, você faça isso, procure isso, quando a gente percebe que não vai pra canto nenhum é que a gente vai e entra com a normativa você tem que fazer isso e acabou.</p>	<p>nosso distrito que possam realmente tratar dessas informações para fins de criarmos estratégias é, para minimizarmos esses problemas.</p>	<p>tratamento, tão sendo tratadas?</p>
--	--	--

Dimensão: intersetorialidade

Sentidos sobre intersetorialidade – G01

SENTIDOS SOBRE INTERSETORIALIDADE				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>[...] eu acho que são as ações básicas, né, as ações secundárias e terciárias tentarem trabalhar juntas, mas eu não percebo, pelo menos aqui, eu ainda não percebi essa ação, não.</p> <p>Associação de moradores. Sempre a gente tem o apoio deles quando precisa do espaço [...] Somente mesmo o espaço que eles cedem. Mas não existe nenhum,</p>	<p>A ação intersetorial é você buscar parcerias, né, da saúde, por exemplo, com a educação, a segurança pública, com a parte religiosa, instituições religiosas, que acontece aqui também. [...] como a gente trabalha na Saúde da Família, na atenção integral ao indivíduo, então as demandas surgem e são variadas, então,</p>	<p>A gente faz várias ações aqui. A gente faz ações internas, como a gente tem ações uma vez por mês de Saúde do Homem.</p> <p>[...] a gente faz várias ações intersetorial, não é só ação, só voltado, só, é, pra o trabalho assim. Porque a saúde a gente entende como um todo, não é só doença, médico. Saúde envolve uma série de questões, o desemprego</p>	<p>É, uma ação intersetorial é que a gente, a gente trabalhe casado, que a gente consiga trabalhar de forma que a gente consiga fluir o atendimento. Então, se eu preciso de um, de um recurso que aqui eu não posso oferecer, ou até posso oferecer aqui, que eu consiga ter esse acesso.</p> <p>Então, entendo por ação intersetorial que</p>	<p>[...] na minha concepção essas ações intersetoriais seria uma forma de reunir os diversos setores, departamentos, em prol de alguma questão a ser discutida pra que cada um colocasse seus pontos, suas percepções de uma situação é, analisar a problemática e trazer soluções em conjunto.</p> <p>Agora mesmo no final do ano, nós fizemos algumas,</p>

<p>não existe nenhuma ação. Não sei se antes existia, mas desde quando eu cheguei não existe.</p>	<p>se você não buscar esses parceiros, você não tem como dar conta sozinho.</p> <p>Usa o espaço. Das atividades deles, não. Pra não vincular somente a uma religião [...]</p> <p>De moradores daqui. Também a gente utiliza o espaço porque eles têm as atividades deles. [...] aí a gente vai lá articular a nossa programação pra ceder o espaço [...]</p>	<p>também gera doença, né, desocupação gera problema de saúde é, solidão também.</p> <p>[...] que a UNEB tem um trabalho de nutrição, aí a gente encaminha os pacientes pra lá. As vezes quando a UNEB tem alguma atividade lá eles chamam a gente [...]</p>	<p>a gente possa, que tenha essa, essa ligação de, de serviços é, maiores e menores, pra que a gente possa dar continuidade a assistência.</p> <p>Não é só algo que a gente tenha que buscar a nível de referência, mas também a nível de setores dentro do nosso território.</p>	<p>algumas reuniões em torno de discutir o planejamento do Sábado do Homem de 2018. [...] no meu ver isso seria uma ação intersetorial porque várias, todos, toda a equipe de saúde estava reunida, né, médico, enfermeiro, dentista, agente, técnico [...]</p>
---	--	--	---	---

Sentidos de intersetorialidade – G02

SENTIDOS SOBRE INTERSETORIALIDADE		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Intersetorial é a gente trabalhar junto, mas cada um no seu quadrado em prol de alguma coisa, é o que eu entendo. Eu vou desenvolver as minhas ações voltado para o que eu faço e vou precisar de você para contribuir com o que você faz dentro daquela ação. Esse é o meu conhecimento. Numa unidade de saúde, que seria essa ação intersetorial? Seria a enfermagem fazer o papel dela, o médico fazer o papel dele, o odontólogo fazer o papel dele, mas todo mundo em prol de uma única ação que seria promover algo pra o seu usuário.</p>	<p>Na realidade essas discussões têm de tomar proporções é, de mais ampla magnitude possível para que todos os atores envolvidos possam é, interagir e dar sua percepção pra resolução daquela, daquele problema, é, daquela é, possibilidade de resolução daquele problema. Então, assim, quanto mais atores envolvidos, de setores diferentes, de conhecimentos diferentes possam traduzir e opinar para que essa, a questão em pauta possa ser demandada, é, melhor será o resultado.</p>	<p>Acho que assim, seria o envolvimento no caso, um exemplo, assim, o distrito é, tá envolvendo as ações, o pessoal de ações é, como o pessoal de vigilância epidemiológica tá envolvido nessas atividades pra tentar solucionar alguma situação ou algum problema.</p>

	Mas o NASF é um exemplo, é um exemplo de setor intersectorial [...]	
--	---	--

Os atores das práticas intersectoriais – G01

OS ATORES DAS PRÁTICAS INTERSETORIAIS				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
<p>A gente fez um bazar uma vez [...] Na verdade a ideia foi dos estudantes de enfermagem da UNEB, aí a gente trouxe roupas e a gente vendeu a um preço bem baratinho assim pra comunidade e esse dinheiro os estudantes usaram pra fazer uma atividade em saúde aqui.</p> <p>Sim, se envolveram assim, trazendo doações, mas quem fez o comércio todo foi os estudantes. [...] Depois eles fizeram uma ação, é, aí fizeram um café da manhã com os pacientes, lá na Associação.</p>	<p>O PSE é um exemplo, e aí que a gente vai e conversa com a parte da diretoria da Escola, a direção escolar, as coordenadoras, e juntas a gente programa toda a atividade das crianças, né.</p> <p>[...] com a igreja a gente tem, a Associação de moradores. Uma vez já veio de, aí mais assim pontuais, né, veio pra gente fazer um evento aí o pessoal de Secretaria de Segurança, aí dá uma palestra, ou de trânsito, já aconteceu [...]</p> <p>Os mais fortes mesmo é religioso e educação que a gente conta constante.</p>	<p>A gente tem a parceria muito com a UNEB [...]</p> <p>[...] as vezes tem na associação aqui também, com os trabalhos educativos e também médicos, parceiros que vem fazer alguma atividade [...]</p> <p>A gente tem ações também, acho que tem umas igrejas também, que trabalha com coisas culturais e aí a gente quando tem a feira ou algum encontro a gente chama, essas igrejas participam.</p> <p>[...] foi um Sábado do Homem que foi interno, mas que a gente teve ações da faculdade. [...] botaram uns toldos lá fora, e cada, cada faculdade fez uma, uma participação.</p>	<p>[...] com o PSE, então a gente sai daqui, vai ao, a escola, faz reunião com a escola. Então, participa o enfermeiro, o médico, o dentista, o ACD, os agentes comunitários, os professores, né. É, a diretoria, os alunos, então a gente faz uma ação em conjunto.</p> <p>[...] o comércio em si sempre nos ajuda. A gente vai fazer uma atividade de criança, então o comércio sempre participa conosco também. E as outras, né, a igreja é um dos grandes parceiros que a gente tem também. Então, traz uma demanda pra nós, ‘olha a gente tá precisando trabalhar’, é, ‘os pais gostariam’ [...]</p>	<p>É, eu acredito que na escola é onde eu vejo assim uma participação maior [...]</p> <p>[...] essa atividade na escola [nome da escola] que teve participação da odontologia e teve participação dos médicos e enfermeiros também. Teve palestra [...]</p> <p>[...] teve da Hanseníase, teve vacinação [...] as vezes a gente faz com adolescente na escola, né, de fazer aquele círculo de bate-papo.</p> <p>[...] já foi levantada essa questão aqui algumas vezes, mas eu não vi isso assim de forma ativa, por exemplo, com relação à igreja, uma parceria com relação a uma associação.</p>

Os atores das práticas intersetoriais – G02

OS ATORES DAS PRÁTICAS INTERSETORIAIS		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Dentro daqui do distrito eu observo é, como algo intersetorial, [...] vigilância epidemiológica, mas aí a unidade, o setor de ações precisa de alguma coisa, a gente tem uma visão, e discutir o setor de ações alguma coisa voltado para, é o trabalhar do coleguismo, a questão do coleguismo, mas assim de uma forma realmente racional e profissional, não apenas por questão de amizade ou por trabalhar no mesmo ambiente de trabalho, mas por uma questão que realmente de necessidade profissional.</p> <p>Recursos humanos, por que não? [...] Afinal de contas a gente tá trabalhando aqui todo mundo tá no processo eu vejo isso aqui como uma equipe, cada um dentro da sua função, mas um podendo ajudar o outro de alguma maneira.</p>	<p>Mas o NASF é um exemplo, é um exemplo de setor intersetorial, onde é discutido, cada NASF, por exemplo, é responsável por duas unidades, então essa equipe senta e discute um planejamento pra unidade A e unidade B junto com a equipe.</p> <p>[...] um passeio, conseguimos mobilizar cerca de 30 idosos da comunidade, onde foi convidado esses, esses, idosos para participarem. E envolvemos a comunidade, envolvemos a equipe do distrito, envolvemos o NASF, envolvemos igrejas, envolvemos terreiros, envolvemos escolas porque todos juntos discutimos como seria feito isso, é, cada grupo ficou responsável por algum, alguma estratégia do planejamento [...]</p>	<p>Tem a questão acho que muito, com relação à dengue, né, as ações relacionadas à dengue, zika, que são ações que são feitas nas escolas, pode tá envolvendo diversos atores nessa situação.</p> <p>A gente tem através das ações do PSE, do Saúde na Escola, né. [...] A maioria das escolas que a gente atua hoje tem uma boa parceria, uma ou outra pode ter dificuldade, mas a unidade tá sempre sinalizando, mas boa parte tem.</p> <p>Às vezes tem uma unidade que tem parceria com... o pessoal da comunidade. [...]. Na área de [bairro do distrito sanitário] eles fazem uma atividade num restaurante. Na unidade em si não tem como fazer [...] então o [nome de espaço social] cede espaço pra eles. Então eles têm uma boa relação, tem essa troca, né. Às vezes é, mantém com algum serviço de referência, o CRAS.</p>

Facilidades e dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais – G01

INTERSETORIALIDADE - FACILIDADES E DIFICULDADES				
G01E01	G01E02	G01E03	G01E04	G01E05
Facilidades eu acho que seja a questão da novidade. Se acontecesse seria uma novidade que traria os pacientes pra aqui ou pra onde for que essa	[...] o acesso, né, a acessibilidade, a compreensão, a parceira, tudo é, significa que é um trabalho junto em prol da comunidade.	A facilidade é como eu falei, as faculdades que, que mandam os estudantes pra cá, é muito bom, é muito fácil a gente conseguir isso.	[...] como facilidade a gente tem a presença do profissional aqui 40 horas [...] a vontade do profissional que aconteça, né, profissionais comprometidos.	E facilidade eu acho que como a gente tem o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, de repente através deles a gente poderia conseguir um

<p>atividade for desenvolvida, porque eles gostam, né, de coisas diferentes.</p> <p>E a dificuldade mesmo é a falta de comunicação, que eu acho que não existe. [...] Então, acho que fica bem distante os setores, dificulta bastante a comunicação e pra atividade ser desenvolvida.</p>	<p>Talvez falte disponibilidade de é, como cada um ter suas atividades, as vezes uma dificuldade de espaço, de encaixar horário, né, entre as duas instituições. Só isso, no mais a gente tem uma relação até satisfatória. Não vejo tanta dificuldade pra fazer, não.</p>	<p>A dificuldade eu acho mais financeira mesmo pra algumas coisas, pra gente fazer essas atividades.</p> <p>[...] acho que até 2007 a gente ainda conseguia fazer alguma coisa assim mais animada, que vinha ticket, verba, só pra essas atividades de reuniões, palestras, feiras de saúde [...]</p>	<p>Facilidade, é, comunicação que a gente consegue ter, é, se pensar a nível de território.</p> <p>Se pensar fora dele a gente tem uma dificuldade de comunicação, sim, porque a gente não tem telefone na unidade, porque muitas vezes a gente não tem uma internet de eficiência [...]</p> <p>[...] falta de material [...] às vezes da questão de vaga, né, de, de retorno muitas vezes. Você encaminha uma referência e não tem essa contra referência [...]</p>	<p>veículo de comunicação, né, com algumas associações, com igrejas, com a comunidade mesmo, né.</p> <p>Dificuldade seria essa mesmo, falta de espaço físico, é, acho que ter um apoio maior de alguns grupos de fora, né, que possam interagir mais com a unidade.</p>
--	--	---	--	---

Facilidades e dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais – G02

INTERSETORIALIDADE - FACILIDADES E DIFICULDADES		
G02E01	G02E02	G02E03
<p>Então, eu acho que a falha na comunicação, sim, intersetorial, influencia nessas dificuldades. Porque a farmácia dentro da sua unidade não ir lá comunicar ao seu enfermeiro do programa de tuberculose de que chegou um paciente para acompanhamento, isso implica, isso implica, viu.</p> <p>Dificuldade tudo. Recursos humanos. A gente não tem recursos humanos, a gente precisa. [...] E outra</p>	<p>Convencer as pessoas, motivar as pessoas é o mais difícil porque você pode ter os melhores recursos, as maiores ideias, os melhores planejamentos, se a pessoa não acreditar, se a pessoa não tiver motivada nada acontece.</p> <p>Facilidades é, é a população. [...] temos uma população extremamente carente em alguns pontos da unidade, do Distrito, onde o que nós pensamos e planejamos em uma estratégia de ação e logo</p>	<p>De facilidade acho que tem a questão dos profissionais, né. A gente tem muitos profissionais que tão totalmente envolvidos. A gente tem unidades, não são todas, algumas unidades a gente vê uma facilidade maior do profissional se envolver [...] tem unidades que tem uma dificuldade maior do profissional se envolver [...]</p> <p>A gente tem dificuldade na questão de material, de recurso, porque todas essas</p>

<p>dificuldade que eu acho é que tem muito profissional aí vaga, muito 'vagoroso' mesmo, que gosta da lentidão, tá pouco se lixando, que não quer trabalhar, não quer atender, não faz sua agenda como deve fazer, porque aí poderia ter, poderia ter, como é que eu posso dizer, uma gerência muito mais fortalecida.</p> <p>Eu acho que falta realmente é atribuir, identificar primeiro que o Distrito Sanitário, ele tem uma demanda, de que pode não ser uma demanda de atendimento diário, que é como é a unidade de saúde, mas ele tem um atendimento ao público, sim. Ele tem funções diferentes e que é diretamente a fazer busca ativa, ir na residência, fazer isso, isso e aquilo outro, e que a, infelizmente, a secretaria não enxerga isso. Acha que a gente aqui é altamente burocrático, como fosse se lidar apenas com papel, telefone, entendeu, não é. [...] Até mesmo a própria autonomia que o distrito poderia ter como está redigido em papel não se tem.</p>	<p>somos muito bem acolhidos, logo somos muito bem recebidos [...]</p> <p>O nosso campo hoje, nossa região do Cabula-Beirú, ela é um campo muito fértil, além do que nós temos bons parceiros que são as Universidades, e nós também temos uma equipe muito boa. Então, é um fator também facilitador, nós temos um campo fértil, nós temos parceiros importantes e temos uma boa equipe.</p>	<p>ações é, cada profissional que acaba às vezes colocando. Se eles querem fazer uma coisa diferente, colocam a questão de dinheiro. [...] A gente não tem esse recurso, né, o distrito pra tá disponibilizando, a gente nem recebe. [...] principalmente, quando é trabalho com adolescente, que você não tem o que incentivar, porque só falar, você não vai prender a atenção, você precisa de alguma coisa pra tá prendendo a atenção desse adolescente, fazendo com que ele participe, né, então acho que questão de recurso, acho que é uma das principais dificuldades.</p>
---	---	--

A intersertorialidade na perspectiva dos usuários – G03

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES ENTRE SETOR SAÚDE E OUTROS SETORES				
G03E01	G03E02	G03E03	G03E04	G03E05
<p>Disse que às vezes tem, mas eu nunca vim, não.</p> <p>Porque às vezes eu tô trabalhando e não tem tempo assim.</p>	<p>Não sei, eu sabia dessas coisas quando tinha um agente [...]</p>	<p>A escola eu acho que já porque sempre vai lá pesar as crianças, pra poder ver como tá a alimentação, pra negócio de limpeza do dente, sempre vai na escola.</p>	<p>Também não, porque nesse caso aí eu sou bem desatualizada porque eu vivo muito trabalhando e aí acabo não tendo tempo, né, de...</p>	<p>A dentista ela faz uma ação sempre na escola municipal [nome da escola] muito boa, ela vai lá, ela passa pra os alunos junto com a agente de educação, ela passa pra o aluno como fazer</p>

		Boa, porque, né, vai acompanhando a criança, que tem muita criança que fica na escola, né, que a mãe não cuida, né [...]	Tem, existem coisas boas que o posto oferece, a prefeitura oferece, mas eu mesmo sou desatualizada.	escovação dentária, faz aplicação de flúor. Deveria ir pra as escolas e falar sobre as doenças sexualmente transmitidas [...] Deveria ter palestras educativas, então, aqui no posto. Se tem eu também não sei porque se tem não tá sendo divulgado.
--	--	--	---	--

CONHECIMENTO DOS ATORES INTERSETORIAIS

G03E01	G03E02	G03E03	G03E04	G03E05
[...] aí na sede (da associação)	Tinha uma associação aqui, mas saiu daqui. A não ser da Igreja Católica, né, de vez em quando a igreja faz quermesse.	Já fui acompanhada por esse negócio de Conselho Tutelar, de Assistência Social, o CRAS [...] Frequentava, mas depois que saiu daqui, tá lá em [nome de bairro] aí é muito difícil de eu ir lá. Os ‘pessoal’ daqui vai na escola porque eu já vi já, indo na escola de minha filha mesmo.	Eu não sei, isso aí eu não sei informar, que eu saiba. Eu sempre sou atendida aqui, mas em termos de outros meios assim eu não sei.	Apesar que eu não sei se ela faz isso em outras escolas, mas nessa escola municipal ela faz que eu já vi. Não, só sei essa escola.

APÊNDICE F - Matriz de análise de documentos

Documento: Análise de Situação de Saúde (ASIS) do Distrito Sanitário Cabula-Beirú

Nº	DIMENSÕES
1	Tipo de documento Análise de Situação de Saúde (ASIS) do Distrito Sanitário Cabula-Beirú
2	Autor institucional Distrito Sanitário Cabula-Beirú
3	Para quem? Secretaria Municipal de Saúde
4	Ano 2017
5	Tema central Análise de Situação de Saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beirú no período de 2005-2015
6	Como? Elaborada por uma equipe distrital a partir de dados disponíveis nos sistemas de informação e do relato de gestores e profissionais. Apresenta os principais indicadores sociodemográficos, de saúde e aspectos da rede de serviço do Distrito Sanitário.
7.	Relevância para o estudo Documento relevante para a caracterização do cenário de estudo, compreensão do território do Distrito Sanitário e identificação dos principais indicadores de morbimortalidade e problemas de saúde mais prevalentes com base nos Sistemas de Informação. O documento foi analisado por se considerar que a apropriação de seu conteúdo por gestores e profissionais é fundamental para o planejamento de intervenções. Destacou-se, entretanto, o fato de que não foi citado pelos entrevistados como instrumento para conhecimento do território e dos problemas de saúde.

Documento: Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021 (volumes I e II)

Nº	DIMENSÕES
1	Tipo de documento Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021 (volumes I e II)
2	Autor institucional Secretaria Municipal de Saúde
3	Para quem? Ministério da Saúde, Conselho Municipal de Saúde, profissionais e população
4	Ano 2018
5	Tema central Compromissos do governo municipal para o setor saúde no período de 2018-2021

6	<p>Como? Dividido em dois volumes, o volume I toma como referência o município de Salvador e apresenta a Análise de Situação de Saúde do município no período entre 2005 a 2015, percepção dos problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde, módulos operacionais (conjunto de proposições de intervenção), instrumento de monitoramento e avaliação e o Plano Plurianual (PPA) 2018-2021. O volume II é composto, na sua primeira parte, por uma breve caracterização dos 12 Distritos Sanitários, elaborado a partir de alguns indicadores selecionados das ASIS dos Distritos Sanitários, e na segunda parte, pela síntese da análise dos problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde, material produto das “Oficinas Distritais para Identificação e Priorização de Problemas”.</p>
7	<p>Relevância para o estudo Documento selecionado para análise por permitir compreender o contexto de saúde do município e de seus distritos sanitários, a partir dos principais indicadores de morbimortalidade, além de elencar problemas de saúde percebidos por diferentes atores em oficinas distritais. Expressa ainda os compromissos da gestão para o período de quatro anos, com previsão de instrumentos de monitoramento e avaliação. Apesar da relevância, não foi citado pelos entrevistados como instrumento utilizado em seu processo de trabalho.</p>

Documento: Programação Anual de Saúde 2017

Nº	DIMENSÕES
1	<p>Tipo de documento Programação Anual de Saúde (PAS) 2017</p>
2	<p>Autor institucional Distrito Sanitário Cabula-Beirú</p>
3	<p>Para quem? Secretaria Municipal de Saúde</p>
4	<p>Ano 2017</p>
5	<p>Tema central Programação Anual de Saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beirú para o ano de 2017</p>
6	<p>Como? Elaborado pela gestão do distrito, junto com a equipe distrital, a partir de instrumento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o objetivo de planejamento das ações para o ano de 2017. É dividido em três módulos operacionais: Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal, Vigilância em Saúde e Atenção Integral à Saúde, contemplando diretrizes, objetivos, responsáveis, metas, ações, atividades, metas/produto e prazos.</p>
7	<p>Relevância para o estudo Permitiu compreender as ações planejadas para o período de 2017. Quanto a sua estrutura, destacamos a presença de clara divisão entre as ações de Vigilância em Saúde e Atenção Integral à Saúde em módulos operacionais. Sobre o conteúdo, ressaltamos que o distrito tem autonomia relativa na construção do documento, pois pode acrescentar ações e atividades específicas de seu planejamento, mas precisa manter determinadas atividades e metas pré-estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. No documento estão previstas ações intersetoriais relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) e parcerias com instituições de ensino superior.</p>

Documento: Relatório Quadrimestral consolidado do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2017)

Nº	DIMENSÕES
1	Tipo de documento Relatório Quadrimestral consolidado do Distrito Sanitário Cabula-Beirú (2017)
2	Autor institucional Distrito Sanitário Cabula-Beirú
3	Para quem? Secretaria Municipal de Saúde
4	Ano 2017
5	Tema central Relatório de atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário no ano de 2017
6	Como? Baseado na Programação Anual de Saúde 2017, trata-se de um instrumento que agrega os resultados das atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário no ano de 2017. No instrumento constam objetivos, ações, atividades, meta/produto, responsáveis, prazo, resultado, grau de classificação (escala que varia entre <25% e >75%), dificuldades, facilidades e proposições. A cada quadrimestre os profissionais do Distrito Sanitário consolidam os resultados alcançados em cada atividade, que são comparados com a meta, determinando o grau de classificação. O relatório consolidado apresenta os resultados agregados ao longo do ano.
7	Relevância para o estudo Tem estrutura e conteúdo semelhante ao da PAS 2017. Os dados podem ser analisados tanto quantitativamente, em comparação com a meta estabelecida, quanto qualitativamente, a partir das dificuldades, facilidades e proposições descritas em campo específico.

Documento: Relatório anual 2017 da Unidade de Saúde da Família pesquisada

Nº	DIMENSÕES
1	Tipo de documento Relatório anual 2017 da USF pesquisada
2	Autor institucional Unidade de Saúde da Família
3	Para quem? Distrito Sanitário Cabula-Beirú
4	Ano 2017
5	Tema central Relatório de atividades desenvolvidas pela USF no ano de 2017
6	Como? Trata-se de uma versão simplificada do relatório quadrimestral do Distrito Sanitário preenchido pela USF. No instrumento constam objetivos, ações, atividades, meta/produto, responsáveis, prazo e resultado. A unidade preenche o campo resultado com a informação sim ou não para a realização da atividade.

7	<p>Relevância para o estudo</p> <p>O instrumento traz 10 das ações previstas no Relatório Quadrimestral do Distrito Sanitário, seguindo a estrutura básica deste instrumento. A análise dos resultados é limitada, pois são apresentados em escala dicotômica do tipo Sim e Não. É pouco representativo das ações da unidade, não estando previstas por exemplo, ações relacionadas à hipertensão, considerada um importante problema de saúde na perspectiva dos profissionais entrevistados. Não constam entre as ações atividades intersetoriais, como o PSE.</p>
---	---

APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido para o G01 e G02



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais

Nós, Renata Suellen Nogueira Santos (pesquisadora-responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva (pesquisadora-colaboradora) convidamos você a participar como entrevistado de uma pesquisa de mestrado, cujo título é *Práticas de Vigilância em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Salvador*. Tem como objetivo compreender as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. Dentre as contribuições dessa pesquisa, destacam-se a possibilidade de identificar facilidades e entraves no desenvolvimento das práticas de vigilância em saúde no território, além de indicar estratégias para consolidação dessas práticas. Os participantes da pesquisa terão como benefício a oportunidade de refletir sobre seu processo de trabalho e de utilizar seus resultados para qualificar suas práticas. As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Os riscos para realização desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a sentir-se constrangido ou inseguro em conversar com a pesquisadora, perceber que os esforços empreendidos em seu trabalho não são suficientes para o enfrentamento de algumas situações, além de insegurança em divulgar informações. Caso a pesquisadora ou você perceba algum risco ou dano à sua saúde ou à sua integridade causado por sua participação, a entrevista será suspensa imediatamente, e a pesquisadora-colaboradora terá a responsabilidade de acompanhá-lo nesta situação, ressarcindo ou indenizando-o em relação ao problema. Para realização da pesquisa serão coletados dados de entrevista, que será gravada, se você consentir. Após a entrevista você poderá solicitar ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de 5 (cinco) anos e após esse período será destruído (queimado). Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação neste estudo. Caso você deseje esclarecer alguma dúvida de sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (75)3161-8161, na Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Av. Transnordestina, s/n, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (71) 3611-5416. Os resultados desta pesquisa serão usados para elaboração da dissertação de mestrado e divulgados em congressos, seminários, publicações em revistas e outras formas de divulgação científica, além de divulgados para a gestão do município, trabalhadores e usuários. Ressalta-se, que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEFS, órgão que é responsável por defender os interesses dos participantes de uma pesquisa, e com o qual você pode entrar em contato pelo telefone (75) 3161 – 8067 ou no endereço Av. Transnordestina, UEFS, Módulo 1, MA 17. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma via do mesmo.

Salvador, ____ de ____ de 2018.

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários

Nós, Renata Suellen Nogueira Santos (pesquisadora-responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva (pesquisadora-colaboradora) convidamos você a participar como entrevistado de uma pesquisa de mestrado, cujo título é *Práticas de Vigilância em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Salvador*. Tem como objetivo compreender as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador. O resultado desta pesquisa poderá contribuir para compreendermos as facilidades e dificuldades no desenvolvimento das ações da unidade. Assim, você poderá contribuir para melhorar o serviço de saúde prestado à população. As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem deu a entrevista, pois seu nome não será divulgado, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Os riscos para realização desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a sentir-se constrangido ou inseguro em conversar com a pesquisadora e dar sua opinião sobre os assuntos tratados. Caso a pesquisadora ou você perceba algum risco ou dano à sua saúde ou à sua integridade causado por sua participação, a entrevista será suspensa imediatamente, e a pesquisadora-colaborada terá a responsabilidade de acompanhá-lo nesta situação, ressarcindo ou indenizando-o em relação ao problema. Para realização da pesquisa serão coletados dados de entrevista, que será gravada, se você permitir. Após a entrevista você poderá solicitar ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de 5 (cinco) anos e após esse período será destruído (queimado). Você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (75)3161-8161, na Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Av. Transnordestina, s/n, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (71) 3611-5416. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão usados para construção da dissertação de mestrado e divulgados em congressos, seminários, publicações em revistas e outras formas de divulgação científica, além de divulgados para a gestão do município, trabalhadores e usuários de serviços de saúde. Ressalta-se, que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEFS, órgão que é responsável por defender os interesses dos participantes de uma pesquisa, e com o qual você pode entrar em contato pelo telefone (75) 3161 – 8067 ou no endereço Av. Transnordestina, UEFS, Módulo 1, MA 17. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma via do mesmo.

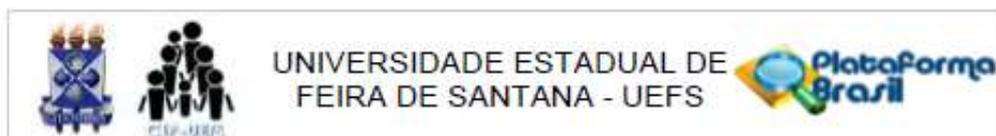
Salvador, ____ de ____ de 2018.

Participante

Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR

Pesquisador: RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74683917.2.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.381.987

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de pesquisa da mestranda RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva como requisito para a qualificação no mestrado na linha de pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas, sob orientação da Profª Dra. Silvone Santa Bárbara da Silva.

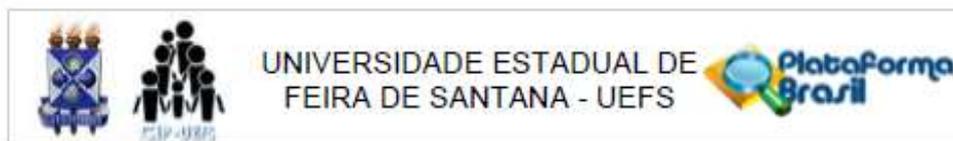
Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de um estudo exploratório, que se caracteriza por permitir a aproximação do pesquisador com o tema. O cenário de estudo será o Distrito Sanitário Cabula-Beiru em Salvador, com recorte para a sede do Distrito Sanitário e uma unidade de Saúde da Família, obedecendo ao critério de ter maior tempo de implantação.

Os participantes serão divididos em três grupos:

Grupo 1: trabalhadores da Equipe de Saúde da Família - gerente, médicos, enfermeiros, dentistas e ACS. Os critérios de inclusão para este grupo serão: duas equipes de saúde da unidade, sendo uma equipe com todos os profissionais com vínculo estatutário, e a outra equipe com médico vinculado ao Programa Mais Médicos e demais profissionais com vínculo estatutário.

Grupo 2: gestores do Distrito Sanitário - Coordenação, Subcoordenação de Atenção e Vigilância, Chefia de Vigilância e Informação e Chefia de Ações, selecionadas como informantes chaves.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.381.987

Grupo 3: usuários das unidades de Saúde da Família, mediante o convite de usuários presentes nas unidades de saúde no dia da coleta de dados, excluindo os menores de 18 anos.

O número de participantes deste grupo será definido por saturação de dados.

Os dados serão coletados através de entrevista e análise de documentos. Para a entrevista foram construídos dois instrumentos, do tipo roteiro, um para profissionais e gestor, e outro para usuários com questões referentes ao problema e aos objetivos de pesquisa. A entrevista será gravada com a permissão dos participantes, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Projeto com relevância social e científica, com fundamentação teórica, cronograma (com finalização em maio de 2018) e orçamento com previsão de cotrapartida da UEFS e há relação entre a o tema e formação da Pesquisadora Responsável.

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

Compreender as práticas de vigilância em saúde voltadas para o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula-Beiru em Salvador.” (pág. 02 Informações Básicas do Projeto)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

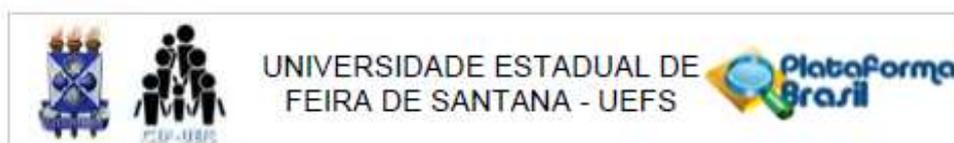
Riscos:

Os riscos para realização desta pesquisa são mínimos para os três grupos e podem estar relacionados a sentir-se constrangido ou inseguro em conversar com a pesquisadora. Para os profissionais há o risco de perceber que os esforços empreendidos em seu trabalho não são suficientes para o enfrentamento de algumas situações, além de insegurança em divulgar informações do trabalho.

Benefícios:

Dentre os benefícios para os participantes dos grupos de profissionais e gestores estão a oportunidade de refletir sobre seu processo de trabalho e de utilizar seus resultados para

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8057 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.381.987

qualificar suas práticas. Os usuários poderão expressar suas opiniões e implicar-se como atores envolvidos no contexto do território." (pág. 04 Informações Básicas do Projeto)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto detalhado, com viabilidade técnica, científica e relevância social. Não fica claro o local específico onde serão realizadas as entrevistas e forma de abordagem dos usuários participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos e termos de apresentação obrigatória presentes, conforme resolução 466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se a máxima atenção e cuidado em relação à abordagem dos usuários participantes da pesquisa e escolha cuidadosa do local e momento de realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

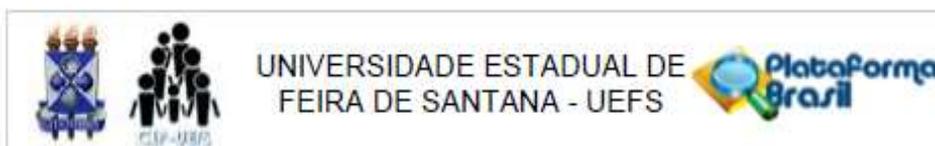
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_984005.pdf	28/08/2017 19:08:34		Aceito
Outros	AnuenciaSMS.pdf	28/08/2017 19:05:00	RENATA SUELLEN NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetozenata.pdf	28/08/2017 19:01:07	RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.381.987

Outros	entrevista.docx	28/08/2017 18:59:22	RENATA SUELLEN NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorcolaborador.pdf	28/08/2017 18:58:37	RENATA SUELLEN NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/08/2017 18:57:28	RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Renatafolharosto1.pdf	28/08/2017 18:57:14	RENATA SUELLEN NOGUEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	28/08/2017 18:57:07	RENATA SUELLEN NOGUEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	28/08/2017 18:56:31	RENATA SUELLEN NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Renatafolharostocarimbada.PDF	14/11/2017 17:27:46	Pollyana Pereira Portela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto renata CE modificado.pdf	14/11/2017 17:28:28	Pollyana Pereira Portela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE modificado.docx	14/11/2017 17:28:43	Pollyana Pereira Portela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 14 de Novembro de 2017

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: oep@uefs.br

ANEXO B – Parecer da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador



Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde
Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Salvador, 29 de novembro de 2017.
 Of. Nº. 472/2017.

Ilm^{as}. Sr^{as}.

Lorena Guimarães de Senna

MD. Coordenadora do Distrito Sanitário Cabula/Beirú

Em Att: ao NUGETES

Sr^a. Rosicleide Araújo Freitas Machado

NESTA.

Prezada Coordenadora,

Encaminhamos a V.S.^a a pesquisadora RENATA SUELLEN NOGUEIRA SANTOS, mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), que deverá desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: "*Práticas de Vigilância em Saúde na Estratégia de Saúde da Família*". O objetivo deste estudo é analisar as práticas de vigilância em saúde desenvolvidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Cabula/Beirú.

Informamos que esse projeto foi analisado pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta secretaria e aprovado, Parecer Nº. 055/2017, e aprovado pelo Comitê de Ética da UEFS, sob nº 2.381.987.

Na oportunidade, salientamos que, após a conclusão do estudo, a pesquisadora deverá apresentar cópia do produto da pesquisa ao serviço e à Secretaria Municipal da Saúde.

Atenciosamente,

Almir Silva Ferreira

Mat 104.420

Técnico da Sub. de Capacitação
 Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal
 Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde
 Secretaria Municipal da Saúde/Salvador
www.integracaoservico.sms@gmail.com